

TEMAS FUNDAMENTALES
DE PSICOLOGÍA

SERIE DE TRATADOS Y MONOGRAFÍAS, DIRIGIDA POR

JOAQUÍN M. ARAGÓ MITJANS

Catedrático de Psicología evolutiva de la Universidad de Barcelona

7

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Por JOAN CODERCH

BARCELONA
EDITORIAL HERDER
1990

JOAN CODERCH

Doctor en medicina
Miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis
y de la Asociación Psicoanalítica Internacional

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Prólogo del

Doctor PERE BOFILL

Fundador y primer presidente de la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis
Miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis
y de la Asociación Psicoanalítica Internacional

BARCELONA
EDITORIAL HERDER
1990

Segunda edición 1990

*A mi esposa, sin cuya ayuda
este libro no hubiera podido
escribirse.*

© 1987 Editorial Herder S.A., Barcelona

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, el almacenamiento en sistema informático y la transmisión en cualquier forma o medio: electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o por otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

ISBN 84-254-1576-

ES PROPIEDAD

DEPÓSITO LEGAL: B. 28.752-1990

PRINTED IN SPAIN

LITOGRAFÍA ROSÉS S.A. - Cobalt, 7 - 08034 Barcelona

Prólogo	11
Introducción	15

Parte primera: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

1. <i>Relaciones objetales y mundo interno</i>	21
1.1. Teoría de las relaciones objetales	21
1.1.1. Desarrollo de las relaciones objetales	21
1.1.2. Fijación y regresión	26
1.1.3. La identificación	27
1.2. Mundo interno y mundo externo	29
1.2.1. El concepto de mundo interno	29
1.2.2. Internalización, incorporación e introyección	32
1.2.3. Externalización, proyección e identificación proyectiva	35
1.2.4. Interacción entre mundo interno y mundo externo	36
1.3. Ansiedad	41
1.3.1. Represión pulsional y ansiedad	41
1.3.2. Ansiedad persecutoria	44
1.3.3. Ansiedad depresiva. La reparación	47
2. <i>Delimitación y esencia de la psicoterapia psicoanalítica</i>	53
2.1. Concepto y definición de psicoterapia. El conflicto intrapsíquico	53
2.2. Clases de psicoterapia	56
2.3. Instrumentos técnicos y principios terapéuticos en psicoterapia	57
2.4. Psicoterapia y cambio	64
2.5. La psicoterapia psicoanalítica como proceso terapéutico	69
2.6. Psicoterapia, aprendizaje y descubrimiento	71
2.7. La participación del paciente	74
2.8. Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis	75
2.8.1. Existencia de distintas posturas frente a las relaciones entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis	75
2.8.2. Diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica	78
2.9. Los dos protagonistas del proceso terapéutico	82

2.9.1. El psicoterapeuta	82
2.9.1.1. Los rasgos y conocimientos específicos del psicoterapeuta	82
2.9.1.2. Establecimiento de la adecuada relación emocional a través de la personalidad del psicoterapeuta	85
2.9.2. El paciente	91
2.9.2.1. Las peculiaridades del paciente	91
2.9.2.2. Aprendizaje e identificación en el curso del proceso terapéutico	94
3. Principios básicos del proceso terapéutico	99
3.1. Significado y génesis de los síntomas	99
3.2. La comprensión del inconsciente	100
3.3. Expresión verbal <i>versus</i> acción	101
3.4. La libre asociación	102
3.5. La transferencia	104
3.5.1. Desarrollo del concepto de transferencia	104
3.5.2. Proyección e identificación en la transferencia	106
3.5.3. Transferencia y compulsión de repetición	107
3.5.4. Universalidad de la transferencia	108
3.5.5. Perspectiva kleiniana de la transferencia	110
3.5.6. Regresión del <i>self</i> y del objeto en la transferencia	112
3.5.7. Formas especiales de transferencia	113
3.6. La contratransferencia	116
3.6.1. Diversas acepciones del término contratransferencia	116
3.6.2. Diferentes aspectos de la contratransferencia	121
3.7. Las resistencias	126
3.7.1. Desarrollo del concepto de resistencias	126
3.7.2. Rasgos del carácter y resistencias	129
3.7.3. Las resistencias y las defensas	130
3.7.4. La transferencia como resistencia	132
3.7.5. Clasificación y fuentes de las resistencias	133
3.7.6. La perversión de la transferencia como resistencia	138

Parte segunda: ELEMENTOS TÉCNICOS DE LA PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA

4. La fase de inicio del tratamiento	145
4.1. La recepción del paciente	145
4.2. El estilo y el marco de la recepción	148
4.3. Las entrevistas iniciales	151
4.3.1. Objetivos generales	151
4.3.2. La finalidad de la entrevista	152
4.3.3. Entrevista libre y entrevista dirigida	153
4.4. Formulación diagnóstica	155
4.4.1. El mundo interno del paciente	155
4.4.2. Las defensas contra la ansiedad	158
4.4.2.1. Los esfuerzos por mantener el control	158
4.4.2.2. Defensas caracterológicas	159
4.4.2.3. Defensas represivas	159

4.4.2.4. Defensas regresivas	159
4.4.3. Valoración de las aptitudes y capacidades del paciente	160
4.4.3.1. La demanda del paciente	161
4.4.3.2. El beneficio secundario y la ganancia externa	162
4.4.3.3. Fuerza del yo	163
4.5. Manejo de las actitudes y sentimientos negativos durante las primeras entrevistas	166
4.6. Estructuración del acuerdo terapéutico. El marco de trabajo	170
4.6.1. Objetivos	170
4.6.2. La focalización y la libertad de asociación	171
4.6.3. Ritmo de trabajo	172
4.6.4. Duración del tratamiento	173
4.6.5. Responsabilidades del paciente y del terapeuta	174
4.6.6. Planteamiento de los aspectos formales del tratamiento	177
4.6.7. Algunos escollos que deben evitarse en las entrevistas iniciales	178
5. La fase media del tratamiento	180
5.1. Esquema general de la sesión terapéutica en el curso de la psicoterapia psicoanalítica	180
5.1.1. La apertura de la sesión	180
5.1.2. La comunicación verbal y la comunicación no verbal	182
5.1.3. La continuidad y secuencia de la comunicación verbal	184
5.1.4. Delimitación de las áreas de discusión	186
5.1.5. El incremento de la comprensión	190
5.1.6. El final de la sesión	191
5.2. El establecimiento de la relación de trabajo	192
5.2.1. La relación de trabajo como premisa indispensable del proceso terapéutico	192
5.2.2. Las demandas del paciente y la relación de trabajo	193
5.2.3. Las imágenes proyectadas en el terapeuta	196
5.2.4. Medidas para la estructuración de la relación de trabajo	200
5.2.4.1. La utilización de la contratransferencia	200
5.2.4.2. La disponibilidad para la comprensión	201
5.2.4.3. El interés por el paciente	202
5.2.4.4. Ofrecimiento de tolerancia y aceptación	203
5.2.4.5. Neutralidad	204
5.2.4.6. Empatía	204
5.3. Transferencia y relación de trabajo	206
5.3.1. La relación de trabajo como especialización de la transferencia	206
5.3.2. La asimetría de la relación terapéutica	213
5.4. La sesión terapéutica como unidad de significado	214
5.4.1. El conflicto básico como tema central de la sesión	214
5.4.2. El estímulo traumático como desencadenante del conflicto básico	215
5.4.3. Descubrimiento de los estímulos traumáticos	217
5.4.4. La respuesta adaptativa	220
5.4.5. Contenido manifiesto y contenido latente	222
5.5. La comunicación del paciente	223
5.5.1. Contenido y estilo de la comunicación	223
5.5.2. Comunicación verbal	223
5.5.3. Comunicación no verbal. La actuación	226

5.6. Las intervenciones del terapeuta	232
5.6.1. La actitud de disponibilidad y atención	232
5.6.2. Las intervenciones verbales del terapeuta	233
5.6.2.1. Confrontación	233
5.6.2.2. Clarificación	240
5.6.2.3. Interpretación	247
5.6.2.3.1. Naturaleza de la interpretación transferencial en la psicoterapia psicoanalítica	247
5.6.2.3.2. La interpretación en la psicoterapia psicoanalítica	251
5.6.3. El silencio del terapeuta	257
5.7. La utilización de los sueños en la psicoterapia psicoanalítica	259
5.8. Las respuestas del paciente a las intervenciones del terapeuta	261
5.8.1. Las respuestas de confirmación o de rechazo	261
5.8.2. La reacción terapéutica negativa	263
6. La fase final del tratamiento	266
6.1. Objetivos y metas frente a la terminación del tratamiento	266
6.2. Limitaciones e insuficiencias del tratamiento	268
6.3. El planteamiento de la terminación del tratamiento	272
6.4. La respuesta del paciente ante la finalización	275
6.5. La finalización forzada por circunstancias externas	278
6.6. Pacientes con problemas especiales frente a la terminación	279
6.7. El paciente y el terapeuta tras la terminación del tratamiento	281
7. La psicoterapia psicoanalítica en algunas situaciones de características específicas	284
7.1. La psicoterapia psicoanalítica en los pacientes de edad avanzada	284
7.1.1. Las posibilidades de tratamiento psicoterapéutico en ancianos	284
7.1.2. Psicología de la vejez y el envejecimiento	286
7.1.2.1. El envejecimiento como una de las diversas etapas de la vida	286
7.1.2.2. Perspectivas positivas del envejecimiento: el envejecimiento como una verdadera fase del desarrollo	291
7.1.2.3. Las tareas específicas del proceso de envejecimiento	297
7.1.3. Los diversos tipos de pacientes ancianos	307
7.1.4. Transferencia y contratransferencia en el tratamiento de los pacientes ancianos	312
7.2. La psicoterapia psicoanalítica en la institución psiquiátrica (I. P.)	317
7.2.1. El lugar del psicoterapeuta en la institución psiquiátrica (I. P.)	317
7.2.2. Terapéutica institucional	321
7.2.3. La coordinación entre el tratamiento psicoterapéutico y la terapéutica institucional	322
7.3. La psicoterapia psicoanalítica en circunstancias de especial conflictividad	326
7.3.1. Dificultades externas graves	326
7.3.2. Manifestaciones psicóticas	330
7.3.3. Problemas derivados del aborto	332
7.3.4. La intervención en crisis como psicoterapia	334
Bibliografía	339
Índice temático	347

Ya Freud, en su trabajo sobre los caminos de la terapia psicoanalítica (1918), anticipó que frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo, y que tal vez pudiera no padecer, el rendimiento directo del psicoanálisis es cuantitativamente insignificante. Insistió Freud en que el elevado número de personas que ven amenazada gravemente su salud por factores emocionales tiene tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano. Para atenderlo adecuadamente se nos planteará, en el futuro, buscar una adaptación asequible de los frutos de la investigación psicoanalítica y desarrollar las técnicas precisas para ello. Indicó que en la aplicación más extensa de nuestros métodos deberemos unir, quizás, el oro puro del psicoanálisis al cobre de la sugestión. Pero cualquiera que sea la estructura de la psicoterapia de la que habremos de servirnos para nuestros propósitos, sus elementos más eficaces serán tomados del psicoanálisis propiamente dicho.

Hoy, con una perspectiva ampliada, podemos valorizar mucho más la psicoterapia psicoanalítica y afirmar que es la aplicación terapéutica preponderante del psicoanálisis. La técnica psicoanalítica, desde los tiempos de Freud, se ha desarrollado y enriquecido considerablemente. Para investigar y tratar la profundidad del ser humano se precisan más años de los que en un principio se juzgó, siendo ello asequible tan sólo a un número limitado de personas. La aplicación del psicoanálisis estricto es imprescindible para formar psicoanalistas y psicoterapeutas, así como para el progreso interno del propio psicoanálisis y para avanzar en el estudio del psiquismo humano y de su funcionamiento. No cabe duda de que el psicoanálisis es el método idóneo para tratar a las personas que reúnan las condiciones adecuadas para este tipo de terapéutica. Sin embargo, la psicoterapia psicoanalítica es la técnica más indicada para ayudar a la mayoría de los seres humanos con conflictos emocionales.

Los conflictos emocionales de nuestro mundo interno, con todas sus repercusiones en el funcionamiento psíquico, están en la base de una gran cantidad de sufrimientos. Esta realidad es negada o infravalorada por

nuestra sociedad y también por muchos profesionales. Existe, a menudo, una aceptación sólo teórica y verbal de la problemática psíquica, sin que ello conduzca a ninguna realización práctica. La salud no es ausencia de conflicto. Un cierto grado de sufrimiento emocional es consubstancial a la vida humana y no es menester que todo aquel que lo padece busque una ayuda profesional. Pero son muy numerosas las personas que por la calidad, intensidad y naturaleza de sus perturbaciones se ven imposibilitadas de resolverlas por sí mismas. En la mayoría de estos trastornos la psicoterapia psicoanalítica puede ser la ayuda más acertada.

El libro de Coderch se propone dar una información actual sobre la psicoterapia psicoanalítica. Ya en la introducción nos da una idea clara de su finalidad y de muchos detalles que podría incluir en este prólogo. Podemos decir que es un proyecto plenamente logrado, y que será bien recibido y agradecido no sólo por los profesionales directamente interesados en el tema y por aquellos que ejercen actividades afines, tales como maestros, asistentes sociales, pedagogos, etc. Incluso el público general y los propios pacientes y sus familiares podrán extraer un gran beneficio de la lectura de este libro, el cual les estimulará a comprender y hallar una solución para las dificultades emocionales, tan frecuentes y penosas. Ayudará a orientarse en el marco profesional en el que es posible encontrar una ayuda responsable e incluso a obtener más claridad en las actitudes y relaciones consigo mismo y con los otros.

Uno de los grandes méritos de este libro estriba en que, a través de unas bases conceptuales y teóricas precisas, expone los diversos aspectos prácticos y las técnicas concretas de la psicoterapia psicoanalítica.

Se han escrito muchos libros sobre el psicoanálisis y sus aplicaciones en el campo de la psicoterapia. Pero la confusión que reina en torno a este tema se ve favorecida, en parte, por la falta de obras que aborden con claridad, exactitud y sencillez lo que es la psicoterapia psicoanalítica. El libro de Coderch cumple y realiza esta función mediante una lograda armonización y equilibrio entre una terminología teórica especializada, de significados complicados, y un desarrollo práctico en un lenguaje accesible para todos. Así plantea los elementos básicos comunes al psicoanálisis y a la psicoterapia psicoanalítica, pero señalando, al mismo tiempo, las diferencias existentes, especialmente en los aspectos técnicos como son la frecuencia y ritmo de las sesiones, los niveles de interpretación, la limitación de la asociación libre, los modos de utilización de la transferencia, etc.

La distribución del libro con sus diversos capítulos y apartados, bien ordenados, clasificados y sistematizados, nos permite, mediante el índice, obtener una visión precisa y detallada de los muchos aspectos teóricos y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica.

Los capítulos 1 y 3, que versan sobre el soporte teórico y los principios básicos del proceso terapéutico, pueden resultar de una lectura y comprensión algo más difícil pero necesaria para ir elaborando y asimilando los significados de los conceptos psicoanalíticos. En ellos se tiene

en cuenta los desarrollos más profundos y recientes que ha experimentado el psicoanálisis. Se recogen, por ejemplo, las aportaciones esenciales de la llamada escuela inglesa, síntesis de diversas tendencias e investigaciones, con todas las contribuciones esenciales de Melanie Klein. En este sentido, el libro pone de relieve las experiencias más primitivas del niño, desde el nacimiento en adelante, las cuales influyen en la elaboración de las ansiedades que permanecen siempre más o menos predominantes y activas en nuestro mundo interior. Esta constante valorización del mundo interno que hace Coderch en todo el transcurso de su obra nos permite comprender que el objetivo fundamental de la psicoterapia psicoanalítica es la ampliación del conocimiento de la realidad interior emocional y de las pautas de funcionamiento psíquico. Es a través del cambio interno como se hace posible alcanzar una mayor capacidad para modificar en lo preciso la realidad externa.

En el resto de los capítulos, predominantemente prácticos, Coderch describe las normas técnicas básicas y las actitudes fundamentales en las diversas fases y situaciones que se presentan en el transcurso de la psicoterapia psicoanalítica, desde los primeros contactos hasta la fase final del tratamiento. Son capítulos de una lectura amena y fácilmente comprensible, lo cual no quiere decir fáciles de asimilar y de llevar a la práctica.

Insiste Coderch en la necesidad de una sólida preparación para aquel que quiera especializarse en psicoterapia psicoanalítica, la cual no puede adquirirse sólo a través de lecturas y de una formación teórica, sino con la experiencia personal en seminarios clínicos, supervisión de casos y el propio psicoanálisis, o al menos en una psicoterapia psicoanalítica profunda, impartido todo ello por psicoanalistas. Aquí, quiero recordar lo que ya señaló Freud en su trabajo *El psicoanálisis silvestre* (1910), acerca de que no le resultaba grato, ni a él ni a sus colaboradores, monopolizar el derecho a ejercer una técnica médica. Pero ante los peligros que puede acarrear, tanto para los enfermos como para el psicoanálisis, el ejercicio del psicoanálisis «silvestre», fundó en 1910, la Asociación Psicoanalítica Internacional, la cual publica anualmente los nombres de sus miembros. Una de las funciones de esta Asociación es la de asegurar que sus Sociedades Componentes tengan unas normas de formación mínimas que garanticen que sus miembros han realizado una preparación regular, seguida y controlada durante los años necesarios.

Por otra parte, es precisa la diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, por una parte, y diversas clases de psicoterapias, por otra. Así, para la utilización prudente en otras psicoterapias de los principios del psicoanálisis no es imprescindible la larga preparación a que me he referido en el anterior párrafo, pero es conveniente tener una clara conciencia de los propios límites y no dejar ambigua ni confusa la técnica que se pretende aplicar.

Coderch puede materializar en este volumen aspectos muy distintos de la psicoterapia psicoanalítica con una didáctica continuidad por su extensa formación como psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista; por

su experiencia como profesor durante muchos años en la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona y por su trabajo clínico en diversas instituciones asistenciales. Así, puede abordar, con conocimiento directo, sectores diferentes como son la psicoterapia de las psicosis, la psicoterapia en y de las instituciones y también en áreas tan descuidadas como la psicoterapia de los pacientes ancianos, esta última de creciente importancia humana y social a causa de las jubilaciones más precoces y de la prolongación progresiva de las perspectivas de duración de la vida.

Toda su experiencia se une a unas cualidades pedagógicas de su personalidad que le permiten elaborar con claridad y precisión, pero sin ninguna rigidez, los aspectos más profundos de la psicoterapia psicoanalítica. Ello hace que este libro haya de ser de gran utilidad incluso para el psicoanalista experimentado, ya que encontramos en él estímulos suficientes para una reflexión que nos llevará a una mejor y más cuidadosa aplicación de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica.

Pere Bofill

El psicoanálisis es, a la vez que un método terapéutico, una disciplina para la investigación del desarrollo de la mente humana. A través de él, podemos llegar a comprender las alteraciones en el funcionamiento psíquico, desvelando el significado inconsciente de estas alteraciones y la forma como llegan a producirse. En mi libro *Psiquiatría dinámica*, traté de mostrar el enriquecimiento aportado a la psiquiatría por el estudio psicoanalítico de los trastornos mentales. Creo que todos los profesionales —psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, diplomados en enfermería, etc.— que dedican sus esfuerzos al área de la salud mental pueden salir beneficiados del conocimiento de las fuerzas que rigen este tipo de perturbaciones.

En el presente volumen es mi intención ofrecer otro fruto derivado del tratamiento y la investigación llevados a cabo por el método psicoanalítico, la psicoterapia psicoanalítica. Es comprensible que el tratamiento psicoanalítico no pueda ser utilizado en gran número de pacientes debido a su larga duración, el esfuerzo considerable que exige a ambos participantes, el número relativamente reducido de profesionales preparados para llevarlo a cabo y el hecho de que demanda un elevado grado de esfuerzo y comprensión que no todos los pacientes poseen. Sin embargo, las ideas acerca del desarrollo y funcionamiento psíquico, las hipótesis de trabajo y la metodología propias del psicoanálisis pueden emplearse, con las debidas modificaciones, para prestar una ayuda a sujetos con alteraciones del comportamiento, síntomas neuróticos o psicóticos, dificultades de adaptación a sus circunstancias, necesidad de hallar solución a determinados problemas de la realidad externa, etc., pero a los que, por alguna razón, no se les considera susceptibles de un tratamiento psicoanalítico o que, aun siéndolo, ello no es posible por el contexto de su situación actual. Esta utilización de los principios básicos del psicoanálisis para establecer una relación terapéutica con alguien que, de una u otra manera, padece alteraciones emocionales que lastran e inhiben el despliegue de su vida, es lo que caracteriza la psicoterapia psicoanalítica.

Esta es, por tanto y en su más pura esencia, una aplicación del psicoanálisis. Una más entre las muchas aplicaciones que el psicoanálisis tiene en el campo de la psicología, la psiquiatría, la pedagogía, la sociología, etc.

Por lo que acabo de decir, es evidente que la psicoterapia psicoanalítica no constituye, según yo lo entiendo, una disciplina completa y autónoma en sí misma. Sus fuentes, su fundamento y su cuerpo de doctrina provienen del psicoanálisis. Ésta es la condición previa para su existencia, como la vida de los padres lo es con respecto a la del hijo. No ha de extrañar, por tanto, que a lo largo de mi trabajo las referencias a los conceptos, las perspectivas y la técnica psicoanalítica sean constantes e incluso que una parte del mismo esté destinada a la exposición de algunas teorías y principios psicoanalíticos fundamentales, cuyo conocimiento juzgo imprescindible para el adecuado entendimiento de la psicoterapia psicoanalítica. No puede aplicarse aquello que se desconoce, y la práctica de la psicoterapia psicoanalítica es una continua aplicación, en la relación con el paciente, de aquello que sabemos acerca de los procesos psíquicos y de la interacción humana gracias al psicoanálisis.

No se me oculta que esta manera de concebir la psicoterapia psicoanalítica puede despertar recelos ante el temor de que con ella llegue a producirse una confusión, a todas luces indeseable, entre esta forma de tratamiento y el psicoanálisis mismo. Pero yo creo que tales temores son infundados y que lo que ocurre es, en realidad, lo contrario. Cuanto más se subraye el carácter de psicoanálisis aplicado de la psicoterapia psicoanalítica y más se ponga en evidencia el origen psicoanalítico de sus bases teóricas y de sus pautas técnicas, más claras quedan las diferencias y los límites que separan uno y otro procedimiento entre sí. En cambio, un afán excesivo y amedrentado de separación puede conducir, más fácilmente, a una confusión en la procedencia de la psicoterapia psicoanalítica y en los lazos de parentesco que la unen al psicoanálisis, a falsas equivalencias, mezclas y errores conceptuales y metodológicos. Es menester ser radicalmente claros en señalar las vinculaciones y similitudes entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, para poder ser igualmente rotundos al afirmar aquello que los distingue.

Lo expuesto en el párrafo anterior no ha de inducir a pensar que la psicoterapia psicoanalítica no posea sus propios fundamentos y peculiar manera de hacer. Con el paso del tiempo y el acrecentamiento de la experiencia, han ido estructurándose los procedimientos técnicos, las indicaciones, los límites y las áreas propias de esta clase de tratamiento. Esto es lo que pretendo desarrollar en el presente volumen. Espero que su lectura permita una visión clara y comprensible de qué cosa es y de qué manera se emplea este método terapéutico derivado del psicoanálisis al cual llamamos psicoterapia psicoanalítica. He de advertir que en este volumen no me refiero en ningún momento a la psicoterapia psicoanalítica dirigida a niños, ya que ésta requiere sus propias técnicas y condiciones.

Es casi superfluo recordar que nadie puede formarse idóneamente para la práctica de la psicoterapia psicoanalítica con la sola lectura de libros y trabajos acerca de esta materia. Aunque no se incluye en mis propósitos la idea de entrar en detalles acerca de esta cuestión, sí deseo subrayar que la preparación para el ejercicio de la psicoterapia psicoanalítica es larga y compleja, y que no todos tienen capacidad para ella. En mi opinión, quienes deseen llevar a cabo esta preparación han de vivir la experiencia de un psicoanálisis o, a lo menos, de una psicoterapia psicoanalítica de nivel profundo, a fin de obtener el necesario conocimiento de su propio inconsciente. También han de dedicar varios años a los estudios teóricos apropiados, a participar en reuniones y seminarios destinados a la supervisión y seguimiento del trabajo psicoterapéutico con diversos tipos de pacientes y a la discusión de material clínico, adiestrarse en la práctica de entrevistas psicológicas para diagnóstico y formulación psicodinámica, etc. Con este volumen aspiro, tan sólo, a que los profesionales interesados en tal formación puedan encontrar una ayuda para la organización sistematizada de los conocimientos teóricos y técnicos en torno a esta disciplina. Por otra parte, espero que su estudio pueda, también, ser útil para aquellas personas que, aun sin desear formarse como psicoterapeutas, se ocupan en materias propias del área de la salud mental y sienten la necesidad de tener una información clara acerca de la naturaleza, objetivos y formas de proceder de la psicoterapia psicoanalítica. Me sentiré extraordinariamente recompensado si, con mi modesto esfuerzo, consigo contribuir a clarificar las cosas y a deshacer algunos malentendidos, errores y confusiones que flotan en la actualidad sobre estas cuestiones. Para todo ello, me he guiado en mi labor por una vieja y sabia máxima: nada hay tan práctico como una buena teoría.

Tal como he dicho, la psicoterapia psicoanalítica descansa sobre unos fundamentos teóricos y metodológicos provenientes del psicoanálisis, pero la aplicación práctica de los mismos en el ejercicio de la psicoterapia psicoanalítica no se halla sujeta a unas normas rígidas y universales. Por el contrario, existen múltiples niveles de profundización en la psicoterapia psicoanalítica y diversas maneras de concebir esta aplicación del psicoanálisis. Me hallo muy lejos de creer que las ideas básicas y las directrices que yo desarrollo en este volumen sean las únicas válidas en esta técnica terapéutica. Simplemente, intento dar a conocer aquello que he aprendido tras largos años de ejercicio del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, con la esperanza de que ello pueda ser útil para otros.

Quiero expresar mi gratitud a todos aquellos profesionales que, estimándome en más de lo que merezco, han tenido la gentileza de confiarme la supervisión de su trabajo clínico, permitiéndome, con ello, acrecentar mi experiencia en este tipo de tratamiento y aprender de su propia técnica.

Agradezco a la señorita Martha Ortega su valiosa ayuda en la corrección del texto y la preparación de los índices.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

RELACIONES OBJETALES Y MUNDO INTERNO

1.1. Teoría de las relaciones objetales

1.1.1. *Desarrollo de las relaciones objetales*

Tal vez el título de este apartado puede inducir a error, sugiriendo la idea de que el estudio de las relaciones objetales es meramente un aspecto más dentro de la teoría psicoanalítica. No se trata de esto. En la concepción que sostengo, toda la vida psíquica humana se halla determinada por el establecimiento, la elaboración y las vicisitudes de las relaciones objetales, es decir, de las relaciones que, a partir del momento del nacimiento, el bebé ha mantenido con las personas que han tenido cuidado de él y han atendido sus necesidades vitales. No hay otra vida psíquica que la que se funda en estas relaciones y, sin ellas, la vida psíquica no existe y ni aun tampoco la somática, puesto que está plenamente comprobado que el bebé no puede vivir sin un mínimo de contacto humano, aun en el caso de que todas sus necesidades de tipo físico sean satisfechas. Por tanto, cualquier fenómeno mental que podamos estudiar se halla fundado en estas relaciones y, a la vez, es la expresión de ellas, motivo por el cual cualquier tema de investigación dentro del psicoanálisis queda totalmente involucrado en esta matriz originaria de la vida psíquica.

Se advierte, en toda la obra de Freud, una lucha entre el deseo de encuadrar sus geniales descubrimientos dentro del bagaje científico y cultural de su época, por un lado, y su clara intuición de estar investigando algo enteramente nuevo, que no podía asimilarse a ninguna de las ciencias hasta entonces desarrolladas y que exigía un campo inédito en el que la investigación pudiera desarrollarse sin trabas que la asfixiaran, por otro. Los intentos de Freud por incluir el psicoanálisis dentro del pensamiento científico-fisicalista en el que había sido formado denotan, fundamentalmente, la influencia de Brücke y Meynert, bajo cuya guía había realizado sus primeros trabajos de neuropatología. Brücke, especialmente, representaba para Freud el modelo del investigador honrado e impul-

sado únicamente por el anhelo de hallar la verdad. Brücke pensaba que los organismos son productos del mundo físico, sistemas de átomos movidos por fuerzas, de acuerdo con el principio de conservación de la energía. Para él todas las actividades del sistema nervioso se hallan basadas en una cantidad de excitación que viajaba a través de las fibras nerviosas. Por ello, cuando Freud preparó su *Proyecto de psicología* (1895) intentó exponer sus revolucionarios hallazgos psicológicos en términos acordes con las teorías neurofisiológicas aprendidas de sus maestros, tratando de representar los procesos psíquicos como estados cuantitativamente determinados por la distribución y circulación de energía.

Posteriormente, fue apartándose en sus trabajos de esta perspectiva neurofisiológica de la mente, para ir accediendo a un enfoque personal y relacional. Este segundo enfoque, el personal, se pone ya de manifiesto en su teoría del complejo de Edipo y nos muestra con límpida claridad que el núcleo básico cuyo desenvolvimiento señala aquello que ha de ser la personalidad, se forma a partir de las primeras relaciones del bebé con sus objetos, y adquiere esta perspectiva, si cabe, mayor definición en su revelación de que el efecto terapéutico del método psicoanalítico depende de que, a través de él, se revivan las primeras relaciones objetales —transferencia— a fin de que en esta reproducción sean superados los conflictos que en su tiempo originaron formas anómalas y distorsionadas del desenvolvimiento de la personalidad (Guntrip, H., 1971). Hasta cierto punto podemos decir que el avance progresivo del psicoanálisis para ir independizándose como ciencia ha consistido en el abandono de los modelos neurofisiológicos que buscaban la explicación de los procesos mentales a través de pautas de excitación, descarga o bloqueo de energías, etc., para ir concentrándose en el estudio de la personalidad concebida como el resultado de una interacción del yo con los objetos.

Este despegue de la concepción del ser humano como un organismo movido únicamente por las pulsiones lo podemos hallar, ya, en la segunda teoría freudiana de la ansiedad, plenamente perfilada (*Inhibición, síntoma y angustia*, 1916), en la que centra sobre el yo el interés que anteriormente dirigía hacia las pulsiones. Tanto en esta obra como en *El yo y el ello* (1923), *Duelo y melancolía* (1917), en *Análisis terminable e interminable* (1937), *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), etc., Freud señala enérgicamente la actual singladura del psicoanálisis, cada vez más centrado en el estudio del desenvolvimiento y estructuración de la personalidad a través de la relación bebé - objetos en los primeros meses de vida. Esta relación señalará la ulterior pauta de interacciones personales, así como la configuración del *self* o sí-mismo personal.

Aun cuando el estudio de las relaciones objetales y su esencial importancia para la formación de la personalidad se inicia, como ya he dicho, en los trabajos de Freud, se amplía progresivamente en el conjunto de la obra de Karl Abraham y Melanie Klein —quien representa, dentro del movimiento freudiano el cambio más decisivo en cuanto al establecimiento de las relaciones de objeto como tema básico de estudio— y,

posteriormente, de diversos autores como Fairbairn, Erickson, Winnicott, Bion, Segal, etc.

Debe tenerse en cuenta que el término *relaciones de objeto* se refiere, en sentido estricto, a una estructura intrapsíquica y no a relaciones externas interpersonales, lo cual no impide que estas estructuras intrapsíquicas, fundamentadas en la representación mental del *self* y el objeto, se exterioricen en las situaciones interpersonales. Invirtiendo la frase, podríamos decir que en todas las situaciones interpersonales no puede manifestarse otra cosa que esta estructura intrapsíquica. Esto es, el «mundo interno» de las relaciones objetales modula, de forma decisiva, el trato del sujeto con los otros en el «mundo externo». De momento, me limitaré a decir que este «mundo interno» es corolario de las relaciones del bebé con sus padres. Recordemos que el yo es la instancia o parte organizadora de la personalidad que, a la vez que experimenta las pulsiones, las controla y dirige, al tiempo que coordina todas las actividades sensoriales y motrices, e integra las relaciones con el mundo exterior. El *self* es un término que utilizo para designar la parte de la personalidad que incluye el yo y el conjunto de las pulsiones o ello, en contraposición al superyó u objeto interno no incorporado en el yo. Aunque puede traducirse por «sí-mismo», creo que en la literatura psicoanalítica el uso del término *self* se ha hecho tan habitual que su traducción al castellano puede ocasionar más confusión que claridad. Por otro lado, en boca de distintos autores, adquiere matices y tonalidades que pueden perderse con el abandono del vocablo. La manera como las pulsiones quedan implicadas en las relaciones objetales varía en los distintos autores. Para la escuela kleiniana, el papel de las pulsiones agresivas y de las libidinales o amorosas es decisivo. Dicha escuela subraya la importancia de las pulsiones agresivas en la génesis del narcisismo patológico. Sin embargo, las experiencias pulsionales son sólo un aspecto de la vivencia más general con la que deben ser integradas en el *self*. El fallo en la consecución del control de las pulsiones forma parte del fracaso de los procesos conducentes a la estructuración del yo y del *self*.

En el desarrollo sano, las estructuras intrapsíquicas derivadas de la relación dinámica entre la representación del *self* y la representación del objeto son flexibles, sensibles a la experiencia y adaptables a las distintas circunstancias que se presentan a lo largo de la vida. Pero, en los casos menos afortunados, estas estructuras se hallan rígidamente organizadas, distorsionando repetitivamente con pautas inalterables todas las experiencias y situaciones con las que el sujeto debe enfrentarse. El estudio de la complicada trama evolutiva de las relaciones de objeto nos permite comprender el desarrollo normal y patológico, la base sobre la que descansa el comportamiento general del sujeto en el curso de su vida, frente a los otros y frente a sí mismo, e, incluso, sus posibilidades de ser ayudado por un tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico.

La relación de objeto dista mucho de ser una relación que podamos llamar aséptica, neutra o igual para todos los seres humanos en las mis-

mas circunstancias, sino que, como ya he mencionado, se trata de una relación falseada por las pulsiones y las ansiedades del sujeto; las cuales convierten las imágenes reales en imágenes inconscientes que pueden hallarse muy alejadas de aquéllas. Por ello, sólo a través de la comprensión de estas imágenes (imagen interna) nos será posible entender cuáles son, verdaderamente, los vínculos establecidos entre el sujeto y el mundo que le rodea. Pero la otra cara de la medalla también es válida. Son las relaciones que el sujeto mantiene con los otros, como una expresión de sus fantasías, sus ansiedades y las defensas que contra éstas pone en marcha el yo, lo que nos muestra cuál es la estructura de la personalidad, sus pautas de adaptación y forma de hacer frente a los conflictos. No es extraño, si partimos de estas premisas, entender que todo trastorno psíquico se actualice en una perturbación del trato del sujeto con quienes le rodean. Alteración que, en gran parte, se pone en evidencia por la falta de correspondencia entre sus respuestas y la realidad de la situación existente entre él y los otros, partiendo aquéllas de fórmulas rígidas y repetitivas que se originaron en las relaciones con los primeros objetos, a su vez también distorsionados por las fantasías del bebé.

Cuando el yo ha establecido unas relaciones de objeto razonablemente fundadas sobre la realidad, es posible obtener una satisfacción pulsional sin entrar en excesivo conflicto con los objetos internos ni chocar, innecesariamente, con el mundo circundante. En las perturbaciones psíquicas, las proyecciones mudan la realidad en un orbe privado poblado por las imágenes del sujeto, medida con la cual el yo configura una relación con los objetos de acuerdo con sus ansiedades y sus deseos. Esto, hasta cierto punto, sucede en todos los individuos, ya que es bien cierto que no existe una sola realidad idéntica para todos, sino que cada uno transforma y adapta la realidad a sus propias fantasías y necesidades. No hay dos pintores que pinten de idéntica forma el mismo paisaje, ni dos historiadores que reflejen de manera similar determinada constelación histórica. Para cada uno, la realidad externa posee una consistencia, unas luces y sombras, un relieve y una tonalidad que derivan de sus relaciones objetales. Ahora bien, tanto el yo del sujeto que podemos considerar sano, como el del neurótico y del caracterópata, disponen de la capacidad de mantener dentro de ciertos límites la deformación que sufre la realidad objetiva por las actividades proyectivas que transportan el mundo interno al exterior, mientras que es lo propio de la psicosis la ausencia de esta habilidad para preservar lo más esencial de esta realidad objetiva, empujando su firmamento con terroríficas imágenes y partículas de objetos fragmentados proyectadas desde el interior.

Es interesante subrayar la existencia de una cierta distancia en la relación sujeto - objeto, entendiéndose por tal el desfase apreciado entre la manifestación de las pulsiones dirigidas hacia el objeto y aquellas que se presentarían si un manejo transmutador no hubiera intervenido, como expresión de la actividad defensiva del yo (Bouvet, S. y Viderman, M., 1969). Esta distancia pone de manifiesto la separación entre la pulsión

original dirigida al objeto y su transformación por obra de las defensas que tamizan la relación con él. En el tratamiento psicoanalítico es posible captar las oscilaciones de esta distancia en los avatares y vicisitudes del proceso transferencial. Como norma general, podemos decir que cuanto mayor es la deformación sufrida por el objeto a causa de las proyecciones que se le dirigen, tanto mayor será la dificultad de tolerar, por el sujeto, la proximidad con este objeto monstruosamente contrahecho y amenazador, y, por tanto, mayor la lejanía que se esforzará en mantener.

De acuerdo con el nivel alcanzado en la evolución de la libido y las vinculaciones objetales, la relación de objeto puede hallarse fundamentalmente establecida, en el adolescente y el adulto, según un modo predominantemente pregenital o genital.

En la relación de objeto de características pregenitales el sujeto siente totalmente dependiente del objeto, al cual, a la vez, esclaviza con toda la fuerza de sus demandas. Esta tiranía viene motivada, en gran parte, por el hecho de que el sujeto siente que no puede sobrevivir sin el objeto y teme su propio aniquilamiento si no puede disponer de éste de una forma total y absoluta. Por otra parte, el objeto no cuenta para nada en sí mismo, sin que sean reconocidas sus necesidades, su libertad ni su independencia, y sin que sea amado por sí mismo, sino que es vivido tan sólo como un imprescindible proveedor de satisfacciones, un garante irremplazable contra la desintegración, al que se requiere únicamente por los servicios que presta. Por otra parte, la abundancia de proyecciones da lugar a que la realidad del objeto quede espesamente enmascarada bajo características aterradoras.

En la relación de objeto de predominio genital no existe el pavor inconsciente de que la pérdida del objeto, siempre sentida como una amenaza latente, desencadenará la propia destrucción. Las deformaciones llevadas a cabo por las proyecciones no producen una distorsión del objeto tal que dé lugar a que éste quede despojado de sus características esenciales. La independencia y libertad del objeto son respetadas, y éste es amado por sí mismo, no por sus aprovisionamientos. Las demandas que se le dirigen no tiene el carácter imperativo y absolutista a que antes he hecho referencia. Las necesidades del objeto son reconocidas y el sujeto siente que la satisfacción de éste acrecienta su propia felicidad. Tampoco se precisa del objeto de una forma tan perentoria e insustituible, de manera que el sujeto tiene disponibilidad libidinal para amar a otros objetos e interesarse por diversas actividades, conocimientos, perspectivas, etc. En conjunto, las emociones son más suaves, flexibles, adaptables a la realidad y desprovistas de los matices extremados y trágicos que se encuentran en las relaciones de tipo pregenital.

Intimamente ligados a la comprensión de los distintos estadios de la evolución de la psicosexualidad y de las relaciones objetales se encuentran los conceptos de fijación y regresión, a partir de los cuales la teoría psicoanalítica establece su intento de comprensión de la génesis de las perturbaciones psíquicas. De ellos deberé ocuparme ahora.

1.1.2. Fijación y regresión

La evolución de la psicosexualidad y de las relaciones objetales transcurre por diversas fases del desarrollo. En realidad estas fases no desaparecen totalmente, sino que cada una asume la precedente, incluyendo en sí de alguna manera, integradas en una nueva meta o finalidad de las pulsiones y en una nueva forma de relación objetal, las finalidades y pautas de relación de las anteriores fases. Un ejemplo de ello sería la pervivencia del dar y recibir comida como un equivalente de dar y recibir afecto, como cuando se invita a alguien a celebrar una comida, aun cuando esta persona, desde el punto de vista material no necesita para nada de nuestro alimento. Si ésta es una muestra de los aspectos libidinales y amorosos del estadio oral, también lo es de los aspectos sádicos y agresivos de este mismo período la utilización de expresiones y representaciones figuradas para dar a conocer el odio y la disposición destructiva de alguien contra otro, como son «morder de rabia», «comerse al adversario», «rechinar los dientes de furor», «echar espuma por la boca», etc. En otro sentido, también la expresión comerse a alguien a besos, a bocados, etc., se utiliza con frecuencia para manifestar afecto y aprecio o deseos sexuales. Son formulaciones en las que se anuncian, en una sola imagen, las pulsiones amorosas y agresivo-incorporativas dirigidos hacia el objeto. Ahora bien, hablamos de fijación cuando el monto de retención de las pulsiones libidinales y agresivas bloqueadas en uno de los estadios evolutivos es suficiente para producir una perturbación en dicho desarrollo, de modo que la vida pulsional queda fuertemente vinculada a la imagen predominante en aquel período, a las pautas de relación con ella, a las zonas erógenas propias de tal momento y a las formas de descarga y satisfacción de los impulsos predominantes. Gracias a las investigaciones de Karl Abraham (1924) y Melanie Klein (1940, 1946, 1957a, 1957b), que han ampliado nuestros conocimientos acerca de la pulsión destructiva o de muerte señalada por Freud (1920), sabemos que la fijación es la consecuencia de una defensa contra la ansiedad provocada en el niño por los componentes sádicos de las etapas oral y anal. El impulso erótico o libido es el encargado de anular y contrarrestar las pulsiones agresivas y sádicas propias de dichas fases, y sucede que, si tales pulsiones alcanzan un grado de intensidad excesiva, la libido ocupada en neutralizarlas queda entorpecida, sin energía suficiente para los ulteriores avances. Esta ansiedad, propia de los estadios oral y anal, es principalmente provocada por las fantasías de pérdida y destrucción —motivadas por las pulsiones canibalísticas, de eliminar expulsando, etcétera— del objeto bueno del cual el bebé depende totalmente para su supervivencia. A esta ansiedad se suma la llamada ansiedad de castración, que deriva del temor que el bebé experimenta a ser dañado y castigado por el objeto transformado y peligroso al quedar investido de las pulsiones agresivas y destructivas que contra él se dirigen. La fuerza constitucional de las pulsiones eróticas y agresivas, así como las experiencias provocadas en el niño por el compor-

tamiento real de sus primeros objetos, son factores que intervienen en la intensidad y nivel de las fijaciones. Éstas predisponen para la ulterior aparición de las regresiones.

En la regresión se produce una marcha atrás en dirección a una fase anterior del desarrollo, hasta alcanzar uno o más puntos de fijación. Debe quedar claro que el término regresión se utiliza en la actualidad tanto para señalar un retroceso a un estado anterior de las relaciones objetales, de la organización del yo, de las pulsiones, etc., como para significar un estado de desintegración en el que se presentan elementos correspondientes a distintas fases evolutivas.

La regresión se halla estrechamente vinculada a la falta de satisfacción adecuada de la libido —proceso que se denomina frustración— causada por conflictos intrapsíquicos o por presiones y limitaciones externas. Tal frustración engendra agresividad derivada de la actual situación insatisfactoria, pero, a la vez, da lugar a una reactivación de las pulsiones agresivas pregenitales, desligadas de las pulsiones eróticas por la obstrucción de la satisfacción libidinal. Tanto la libido como las pulsiones agresivas desandan el camino recorrido para retornar a los puntos de fijación. Desde esta perspectiva, se nos aparece la regresión como un corolario del fallo de la libido en el aquietamiento y pacificación de las ansiedades provocadas por la liberación de la pulsión agresiva. Ello hace que las pulsiones sádicas, orales y anales, agobien y asfixien al yo, y éste reacciona con una ansiedad devastadora que le fuerza a utilizar, de forma masiva y altamente disociadora, los mecanismos de defensa de que dispone. Las diversas formas clínicas con que se nos presentan las perturbaciones psíquicas dependen, en gran parte, de los niveles de regresión alcanzados y de los mecanismos de defensa puestos en marcha por el yo (Heimann, P. e Isaacs, S., 1962).

1.1.3. La identificación

Ya en su *Proyecto de una psicología* (1895) habla Freud de cómo el niño, incapaz de valerse por sí mismo, necesita lograr, con su llanto, que la madre se identifique con él para que satisfaga sus necesidades. Señala L. Grinberg (1976) cómo con estas ideas Freud resalta lo imprescindible de la relación objetal desde el inicio de la vida, así como el hecho de que esta relación se basa en el mecanismo de identificación, el cual es «fundamental para la adquisición ulterior del pensamiento, de los símbolos y de la comunicación». También subraya Grinberg cómo más adelante este tipo de relación objetal fue retomado por Melanie Klein y W.R. Bion en sus estudios sobre la identificación proyectiva y la teoría del pensamiento (1935, 1946, 1952, 1955, 1958) (1963a, 1963b, 1970a y 1970b).

Freud describió la identificación con el objeto perdido en *Duelo y melancolía* (1917). Ahora bien, Freud nos aclara, también, que para que ello suceda es menester que la elección del objeto libidinal haya tenido

lugar sobre una base narcisista, es decir, un tipo de relación en la cual el objeto es confundido con el *self*: «... de tal suerte que la investidura de objeto puede regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte, entonces, en el sustituto de la investidura de amor.» También indica Freud que la identificación es la etapa previa de la elección de objeto, etapa en la cual el yo desea incorporar a éste devorándolo, fantasía que es propia de la fase oral o canibalista. Esta identificación descrita por Freud en la melancolía es, pues, una identificación narcisista porque el objeto ha sido desinvertido de las pulsiones libidinales y se halla totalmente reemplazado por una modificación del yo (Fenichel, O., 1977). Es decir, que la elección de objeto narcisista es aquella en la que el sujeto elige el objeto de amor según el modelo de su propia persona. Por esto, como ya he mencionado, se convierte el yo en víctima de los ataques que originariamente iban dirigidos hacia el objeto. Freud ahondó en su estudio sobre la identificación en su trabajo *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), al tiempo que aclara más las relaciones entre identificación y complejo de Edipo. Pone de relieve el hecho de que la identificación se halla estrechísimamente vinculada a la incorporación, es decir, a la fantasía correspondiente a la fase oral en la que el objeto es incorporado por devoración, a modo canibalístico, y, por tanto, es aniquilado. Esta ambivalencia primitiva —destruir al mismo a quien se ama— viene reforzada por la rivalidad que el niño establece con el padre a consecuencia de la investidura sexual que dirige hacia la madre. Con lo cual el padre representa un obstáculo para sus impulsos sexuales hacia la madre y desea deshacerse de él, destruyéndolo por devoración, para ser como él y sustituirlo junto a ella. Dice Freud: «Puede ocurrir que el complejo de Edipo experimente una inversión, que se tome por objeto al padre en una actitud femenina, un objeto del cual las pulsiones sexuales directas esperan su satisfacción; en tal caso, la identificación con el padre se convierte en un precursor de la ligazón de objeto que recae sobre él. Lo mismo vale para la niña con sus correspondientes substituciones.» Y añade: «Es fácil expresar en una fórmula el distinguo entre una identificación de este tipo con el padre y una elección de objeto que recaiga sobre él. En el primer caso el padre es lo que uno querría *ser*, en el segundo lo que uno querría *tener*.» Sostiene, pues, que la identificación es la forma primera de la relación de objeto, pero que a menudo puede suceder que, por intervención de mecanismos inconscientes, entre los cuales la represión y la regresión son fundamentales, se sustituya la elección libidinal de objeto por la introyección de éste en el yo, de modo que el yo toma sobre sí las propiedades del objeto y éste es abandonado, a la vez que la libido inviste la parte del yo que ha sufrido tal modificación. También expresa que la identificación puede sobrevenir después de que el sujeto haya percibido una cualidad común con otra persona que no constituye la meta de sus impulsos sexuales, pudiendo, entonces, configurar el inicio de un nuevo lazo emocional. Así, cuando varios individuos colocan el mismo objeto en el lugar del

ideal del yo, se identifican unos con otros y constituyen un grupo primario. Por tanto, el objeto puede ponerse en el lugar del yo o en el lugar del ideal del yo.

En *El yo y el ello* (1923) y en *El sepultamiento del complejo de Edipo* (1924) Freud vuelve a insistir en el carácter de precipitado de las tempranas elecciones objetales abandonadas que posee el superyó, ya que las investiduras libidinales de objeto son desechadas y substituidas por la identificación del yo con estos objetos. Gracias a ello, las órdenes y prohibiciones de ambos progenitores introyectados forman el núcleo del superyó y perpetúan la prohibición de los deseos sexuales incestuosos y de los impulsos parricidas dirigidos hacia el progenitor rival, asegurando al yo contra el retorno de tales investiduras libidinales incestuosas.

En *Esquema del psicoanálisis* (1940) Freud añade determinadas puntualizaciones a su concepto de identificación e introduce algunas matizaciones a lo dicho hasta ahora. La identificación permite al yo apoderarse de la energía del ello, ya que al identificarse con el objeto atrae sobre sí las pulsiones libidinales que se dirigen hacia éste. La identificación primitiva, por incorporación, y la elección de objeto son dos procesos independientes, pero ocurre que el sujeto puede identificarse con la misma persona a quien se tomó como objeto sexual, y alterar su yo de acuerdo con ella. La formación del superyó supone una identificación con la función parental. En el momento de la resolución del complejo de Edipo el niño abandona su elección libidinosa de objeto, y, en compensación a esta renuncia, intensifica la identificación con él. El carácter del yo depende, en gran parte, de estas identificaciones y de los precipitados de las investiduras de objeto abandonadas.

1.2. Mundo interno y mundo externo

1.2.1. El concepto de mundo interno

Los pensamientos y perspectivas que he venido desarrollando en las páginas precedentes me han llevado a perfilar una nueva serie de ideas e hipótesis que, en esencia, se centran alrededor del concepto de un mundo interno poblado de objetos, con los cuales se relaciona el yo. Su estudio nos llevará a un mayor ahondamiento en la comprensión de la relación de objeto, pivote básico alrededor del cual gira la mayor parte de la teoría psicoanalítica en la actualidad.

Este concepto de mundo interno se halla inextricablemente entrelazado con el de la existencia de una realidad psíquica, descubierta por Freud, que posee una substántividad en sí misma, separada y distinta de la realidad del mundo material. Esta realidad psíquica posee sus características, su evolución y despliegue, su organización, su estructura y sus formas de devenir, todo lo cual presenta una estabilidad, concreción y dureza que hacen muy difícil cualquier modificación sobre ella. Esto se

manifiesta en el conocimiento que todos tenemos de que cada sujeto es como es, y que alterar y cambiar sus formas de comportamiento, de respuesta, sus ideas, sus maneras de relacionarse con los otros, etc. es tarea harto dificultosa si no imposible. Incluso, cada sujeto siente, también, que la casi totalidad de su realidad psíquica es ajena a esta pequeña parte que denominamos deseos conscientes e intención voluntaria, de manera que él no escoge sus sentimientos, sus temores, sus apetencias, sus formas de reacción, etc. sino que todo esto forma parte de él, pero que no es él quien decide tener o no tener tales emociones, afanes e impulsos. Puede decirse que, más bien, tales sentimientos, deseos y apetencias le tienen a él. La realidad psíquica, pues, goza de una peculiar constitución y solidez, y es a veces, por desgracia, mucho más resistente al cambio de lo que quisiéramos. En el conjunto de la realidad psíquica, aquella que emana más directamente del inconsciente se muestra particularmente rebelde a los intentos de modificación. El angustiado no puede abandonar su ansiedad por más que se lo proponga, el receloso continúa siéndolo pese a sus deseos, el tímido no puede dejar de ser tímido, etc. Esta consistencia y fijeza es debida a que las relaciones del yo con los objetos internos sólo son imaginarias desde un punto de vista externo, pero para el sujeto son totalmente reales, puesto que son el mismo fundamento de su estructura psíquica. Incluso el yo ha sido formado, a partir de un núcleo originario, por la incorporación de los objetos primarios.

Debemos a Melanie Klein, principalmente, la ampliación extraordinaria de nuestra comprensión del mundo interno. A partir de su obra *El psicoanálisis de niños* (1932) mostró que el bebé internaliza a sus padres con un proceso mental similar a la incorporación de la fase oral, señalando, asimismo, cómo la elaboración mental de las imágenes de los padres, bajo la fuerza de las pulsiones agresivas, da lugar a unas imágenes con características muy distintas de las que ellos presentan en la realidad. Es a través de esta internalización como los objetos, totales y parciales, van quedando incluidos dentro de un espacio mental interior, estableciendo complicadas relaciones entre ellos mismos y con el yo, el cual, a su vez, es el resultado de la incorporación de aspectos parciales de los objetos y de las relaciones objetales. Dado que en la fase oral existe un fuerte predominio de pulsiones agresivas y que incluso el amor al objeto se ve teñido de la ambivalencia propia de la incorporación oral, la cual representa tomar para sí el objeto y destruirlo, los objetos internalizados restan deformados por la agresividad proyectada sobre ellos y la forma canibalística de introyección, quedando convertidos en objetos agresivos, sádicos y voraces. Por ello, las relaciones objetales del mundo interno conllevan una gran complejidad, violencia y agresividad mutua, y, por tanto, son fuente de ansiedad. Intentaré aclarar un poco más esta complicada situación, siguiendo las ideas de Melanie Klein y de los continuadores de su obra.

En primer lugar, para adentrarnos en la comprensión del mundo interno y de las relaciones objetales que en él tienen lugar, creo que es

preciso aclarar el papel y el significado de las fantasías en la vida mental, advirtiendo que al utilizar el término fantasía me referiré tanto a las fantasías conscientes como a las inconscientes, excepto cuando, explícitamente, distinga entre unas y otras. El término fantasía se utiliza en psicoanálisis para designar el contenido mental inconsciente, que puede hacerse consciente o no (Isaacs, S., 1962). La fantasía es el representante psíquico de las pulsiones que forman, por tanto, los primeros procesos mentales, pero muy pronto las emociones tales como ansiedades, temores, sentimientos de desamparo, etc., así como los procesos de defensa que son empleados contra ellas son vividos en las fantasías. Aquí, ya podemos comenzar a comprender la relación entre los objetos internalizados y las fantasías. No se trata de que tales objetos estén dentro de la mente, como si se tratara de cosas materiales colocadas en un lugar determinado, sino de las fantasías del bebé y del adulto acerca de tales objetos y de su relación con ellos, incluso de su forma de ser como ellos cuando se trata de las identificaciones que configuran el yo y el superyó. Para Freud, tanto el yo como el superyó están compuestos por el precipitado de las relaciones objetales que han sido abandonadas. Es al yo a quien pertenece la función de crear fantasías, y las produce desde la temprana infancia, especialmente enlazadas con la introyección de los primeros objetos parciales: el pecho idealizado y el pecho persecutorio, ya que es el pecho, o la función correspondiente de la madre, el primer objeto con el que se establece relación. Las siguientes formulaciones de Hanna Segal aclararán de forma muy precisas estas ideas: «Primero se introyectan objetos parciales, el pecho y luego el pene. Después se introyectan objetos totales, la madre, el padre, la pareja parental... El yo se identifica con alguno de estos objetos: identificación introyectiva. Estos objetos son asimilados por el yo y contribuyen a su desarrollo y características. Otros permanecen como objetos internos separados y el yo mantiene relación con ellos. También se siente a los objetos internos en relación mutua... La estructura de la personalidad estará determinada, en gran parte, por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y sobre los objetos que contiene» (Segal, H., 1965). Recordemos, a título de ejemplo, lo que ocurre en la melancolía, en la cual el sujeto tiene la fantasía de que su yo contiene el objeto perdido —se ha identificado con él— a la vez atacado ferozmente por otra parte del yo, lo cual hace decir a Freud que la sombra del objeto cae sobre el yo.

Según S. Isaacs, la llamada por Freud «realización alucinatoria de deseos», la identificación primaria, la introyección y la proyección son la base de la vida de fantasía. La expresión «realización alucinatoria de deseos» es la forma que utiliza Freud para explicar los intentos del niño para satisfacer sus deseos por sí mismo, de manera que imagina —es decir, crea la fantasía— estar satisfaciendo la necesidad que ha puesto en marcha el deseo. Dado que en las primeras fases de la vida del niño predominan las pulsiones orales, es fácil entender que aquello que el bebé imagina, es decir «alucina», es el pezón, más tarde el pecho, y más tarde

la madre para calmar su hambre y obtener el placer adscrito a este proceso. Se trata de algo semejante a las fantasías de comer que se presentan en los sujetos sometidos a pruebas de ayuno. Ahora bien, la alucinación de la gratificación no extingue realmente el hambre, sino que ésta continúa intensificándose y la imaginación de la satisfacción tiende a desaparecer, surgiendo en su lugar la frustración de la pulsión. El sufrimiento que comporta la frustración aumenta el deseo y pone en marcha el impulso a incorporar el pecho, o la madre, en el propio interior, a fin de evitar el sufrimiento guardando dentro de sí la fuente de la satisfacción. Esto es lo que hace que la incorporación del pecho, o también podríamos decir la confusión con él, forme parte de las primeras fantasías infantiles.

Por otro lado, la frustración y el dolor inevitables, en tanto no acude la madre a apaciguar el hambre, dan lugar a la fantasía de un objeto malo que causa dolor, que agrede, es decir, que el sufrimiento es colocado, «proyectado», en el exterior, formándose así la fantasía del objeto «malo» o «persecutorio». Cuando este objeto es de nuevo reintroyectado, queda en el mundo interno como un objeto amenazador, persecutorio y peligroso contra el que hay que defenderse por sucesivas fantasías de proyección, es decir, de expulsarlo al exterior.

Susan Isaacs advierte acerca de la necesidad de distinguir entre fantasías y mecanismos, entendiendo éstos como modos fundamentales de funcionamiento de la vida mental. Así, por ejemplo, la fantasía oral, de incorporar el pecho materno, es decir, la fuente de la satisfacción pulsional, se lleva a cabo a través del mecanismo específico de la introyección, término con el que significamos la actividad del yo por medio de la cual intenta apropiarse de sensaciones, vivencias y satisfacciones, para sentir que forman parte de él mismo o confundirse con ellas. De la misma manera, la fantasía de que el sufrimiento, el dolor y la frustración se hallan afuera, que no forman parte del yo, se lleva a cabo mediante el mecanismo de proyección, por el que se atribuye el dolor a algo o alguien que se halla en el exterior de uno mismo, es decir, ajeno al propio *self*. La fantasía es la expresión mental de los impulsos, de las necesidades, y el mecanismo la forma específica como esta fantasía intenta realizarse, alcanzar sus objetivos. Por tanto, la fantasía originada por el hambre, pongamos por caso, de incorporar un objeto, se lleva a término mediante el mecanismo de introyección.

1.2.2. Internalización, incorporación e introyección

El punto al que hemos llegado nos pone en la necesidad de hilar lo más delgado posible entre los términos internalización, incorporación, introyección e identificación por una parte, y de proyección e identificación proyectiva por otra, en nuestro empeño por acercarnos a la comprensión del mundo interno, ya que se trata de procesos fundamentales en la construcción de éste, que muy a menudo se han utilizado en la

literatura sobre el tema de forma indiscriminada, enturbiando un tanto el claro entendimiento de las ideas que con ellos se procuran desarrollar. Me basaré, fundamentalmente, en la lúcida síntesis que acerca de este tema realiza L. Grinberg (1976), así como en el estudio de Bernardo A. Schutt en torno al modelo de relaciones objetales propuesto por J.O. Wisdom (1980).

Los procesos mentales que interviene en el traslado de un objeto o parte del mundo externo al interior del sujeto, convirtiéndolos en parte integrante del mundo interno, pueden quedar incluidos dentro del concepto de internalización, que comprende todas las fantasías y mecanismos mentales tendentes a transformar una experiencia externa en una experiencia interna. Por otra parte, Grinberg engloba bajo el concepto de externalización todos aquellos procesos que expulsan o colocan en el exterior una parte del *self* o de los objetos internos. La internalización comprende: incorporación, asimilación, imitación, introyección, identificación introyectiva. La externalización: excorporación, extroyección, proyección, identificación proyectiva, identificación imitativa o adhesiva.

La internalización puede efectuarse predominantemente promovida por el amor y el deseo de guardar algo bueno dentro de sí, o bien bajo la influencia de los deseos de devorar agresivamente, comer y morder destruyendo. En el primer caso, el objeto internalizado es una fuente de protección y ayuda, acompaña al yo y evita que los sentimientos de soledad se apoderen de él, sean cuales sean las circunstancias externas en las que el sujeto ha de desenvolverse. También puede entrar a formar parte del yo, contribuyendo a su desarrollo y crecimiento. Cuando, por el contrario, el objeto ha sido internalizado en forma devoradora y destructiva, se convierte en hostil y agresivo, y en la fantasía del sujeto es vivenciado como un enemigo, un perseguidor interno al acecho, destruido por el odio y la envidia con que se le ha incorporado, y que, a su vez, perturba y lesiona el funcionamiento psíquico y el cuerpo.

J.O. Wisdom (1962) considera que el objeto internalizado puede ocupar dos distintos espacios mentales. Es posible que forme parte del mundo interno como un objeto propiamente dicho, hallándose en una zona periférica del *self*, lo cual permite que el yo del sujeto mantenga relaciones con él. Wisdom lo denomina, en este caso, «objeto introyectado orbital». O bien entra a formar parte del *self* en su zona más nuclear, y, por tanto, se integra en la estructura yoica. En este caso, el yo no sostiene relaciones con este objeto, sino que, siendo parte constituyente de él, a su través puede establecer relaciones con los objetos orbitales. A este objeto lo califica Wisdom como «objeto introyectado nuclear». En este sistema relacional, la identificación introyectiva es el resultado de una introyección nuclear. Por tanto, vemos que, para Wisdom, introyección nuclear e identificación introyectiva tienen el mismo significado. La posición del objeto introyectado, orbital o periférica, no se da de una vez para siempre, sino que un objeto introyectado orbital puede pasar a

formar parte del núcleo del *self*, y, recíprocamente, un objeto introyectado nuclear puede ser «externalizado» del núcleo y pasar a la zona orbital. Wisdom distingue, por tanto, entre una zona nuclear o *self* propiamente dicho, y una zona periférica que constituye el espacio propio del mundo interno, por el que los objetos internalizados pueden circular libremente, lo cual es lo que ocurre con los objetos incorporados bajo la valencia amorosa, o bien hallarse aprisionados, como enclaustrados y cautivos, que es lo que sucede con los objetos «devorados» a impulsos de la envidia, el odio y la agresividad.

La incorporación es la forma más primaria de internalización. Se trata del equivalente mental del acto fisiológico de la ingestión oral, con las connotaciones sádicas y destructoras que ya caracterizan la etapa oral.

Ya he hablado repetidamente de la introyección, al referirme a las ideas de Freud expuestas en *Duelo y melancolía*. De acuerdo con la teoría de Wisdom, las introyecciones son internalizaciones orbitales. Pero también a través de la introyección nuclear o identificativa quedan incluidos en el *self* objetos o partes de objetos. Tanto en la introyección como en la internalización la relación con el objeto externo es reemplazada por una modificación del *self* consistente en que el objeto, o un fragmento de él, entra a formar parte, en forma periférica o nuclear, del propio *self*. Ahora bien, en la introyección se pone en marcha una relación intrapsíquica, mientras que en la identificación se produce un cambio estructural en el yo. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que la identificación es, en cierta forma, un tipo de introyección, una introyección en la cual el objeto introyectado pasa a formar parte de la zona más nuclear del *self*, el yo, por lo cual muchos autores, entre ellos Melanie Klein, utilizan a menudo el término introyección en un sentido amplio, refiriéndose tanto a la internalización del objeto en la órbita del *self*, como al proceso por el cual el objeto introyectado se constituye en un punto de desarrollo del yo; dicho en palabras de Freud (*Duelo y melancolía*), «el proceso por el cual el objeto se vuelve como otro yo».

Lo expuesto en este último párrafo me lleva a considerar el concepto de identificación introyectiva establecido por Melanie Klein (1946), según la cual la identificación introyectiva es la consecuencia de la introyección que se ubica en el núcleo del *self*. Las identificaciones introyectivas son totalmente necesarias para el desarrollo del yo, puesto que actúan como puntos centrales y sólidos alrededor de los cuales se van constituyendo, por aposiciones sucesivas, las funciones y capacidades propias de la función yoica. Las identificaciones introyectivas dan lugar, también, al sentimiento de identidad, formado a partir de la integración y estabilización de determinadas situaciones mentales y relaciones de objeto.

El primer objeto introyectado es, según mostró Melanie Klein (1952) el pecho de la madre —o la función nutritiva de la madre— sentido como un objeto gratificador que proporciona la vida —objeto «bueno»— y hace desaparecer la ansiedad promovida por el hambre y por las pulsiones destructivas. Dice Melanie Klein a este respecto: «Algunas de las

conclusiones de Freud implican que el yo se desarrolla mediante la introyección de objetos. En lo que concierne a la fase más temprana el pecho bueno, introyectado en situaciones de gratificación y felicidad, llega a ser, a mi entender, parte vital del yo y fortalece su capacidad de integración. En efecto, este pecho interno o bueno —que también forma el aspecto auxiliador y benigno del superyó— fortalece la capacidad de amar del bebé y la confianza en sus objetos, exalta los estímulos hacia la introyección de objetos y situaciones buenos y es, por tanto, una fuente esencial de reaseguramiento contra la ansiedad.»

1.2.3. Externalización, proyección e identificación proyectiva

Ya he dicho que la externalización es el proceso por medio del cual aquello que pertenece al mundo interno en cualquiera de sus aspectos, como son los impulsos, los sentimientos, los conflictos, etc., es expulsado al mundo externo. Cuando esta expulsión no se dirige hacia ninguna localización específica podemos hablar de «excorporación». El contenido de ésta no se instala en ningún objeto, sino en el simple espacio externo, entre los objetos. Es el equivalente mental del proceso fisiológico de expulsar por los orificios corporales, a través de vómito, micción, defecación, tos, todo aquello que causa dolor o daño en el cuerpo (Grinberg, L., 1976).

En la proyección, una percepción interna —es decir, la percepción resultante de un estímulo interno— es rechazada fuera de la conciencia y, tras sufrir una deformación más o menos intensa, es experimentada por el sujeto como producida por un estímulo externo. Freud describió este mecanismo como fundamental en la paranoia (1911). Sin embargo, no se trata de un mecanismo patognomónico de la paranoia, sino que se presenta en muchos otros estados mentales y, dentro de ciertos límites, es necesario para el establecimiento de relaciones con nuestros semejantes. En la concepción animista del mundo —concepción en la que se atribuyen sentimientos, pasiones, deseos, etc., de tipo humano a la naturaleza en general y a sus manifestaciones concretas— juega la proyección un papel fundamental. También cuando intentamos localizar en el mundo que nos rodea el origen de determinados procesos mentales o físicos, ya sean sensaciones, sentimientos, impulsos, temores, etc., en lugar de hallar la causa en nosotros mismos, estamos, de alguna forma, realizando una proyección. Asimismo, Freud expone que, a causa de las exigencias del principio del placer, el yo remite al mundo exterior aquello que, actuando en su mundo interno, produce sufrimiento (1915). Por tanto, la proyección se nos aparece, desde este punto de vista, como un mecanismo de defensa del yo, consistente en la procura, por parte de éste, de liberar al organismo de las tensiones dolorosas, atribuyendo las condiciones psicológicas que las originan a quienes rodean al sujeto. Así, por ejemplo, los sentimientos o pulsiones inaceptables, para la conciencia del sujeto, a

causa de que chocan y entran en conflicto con otras metas y necesidades, van en contra de las pautas emanadas del ideal del yo, le exponen a los ataques del superyó, son susceptibles de dañar la propia autoestima, etc., son atribuidos a otras personas. Recordemos, en este punto, que en *Inhibición, sintoma y angustia* (1926), Freud explica la conveniencia de utilizar el término defensa para designar los mecanismos de que se sirve el yo frente a los conflictos intrapsíquicos, reservando el de represión para un tipo particular de defensa.

La proyección tiene, en otros momentos, una finalidad comunicativa, ya que, a través de ella, el sujeto intenta hacer al otro partícipe de sus sentimientos, deseos, estados de ánimo, etc. Desde este punto de vista, la proyección es imprescindible en todas las relaciones humanas, como antes ya he dicho. El diálogo y la mutua comprensión serían imposibles si cada uno de los interlocutores no hiciera experimentar al otro, en cierta medida, sus propios estados de ánimo, y, a su vez, si no permitiera que penetraran en su interior aquellos contenidos psíquicos que el otro proyecta sobre él. Esta es la proyección que podemos llamar comunicativa. Tal tipo de proyección precede al establecimiento del lenguaje. El bebé proyecta en la madre sus deseos y emociones, a fin de que ella, al percibirlos, pueda satisfacer sus necesidades. A esta disposición de la madre para percatarse de aquello que el bebé le transmite llama W.R. Bion capacidad de *rêverie* (1963a). Por otra parte, la posibilidad de hacer sentir a otro los propios procesos psíquicos descansa, según Melanie Klein, en el mecanismo de identificación proyectiva (1946), a través del cual partes de uno mismo son depositadas en el otro. La identificación proyectiva puede tener la finalidad de controlar y dominar el objeto al introducir en él aspectos del *self* que, desde el interior, están destinados a sojuzgarlo. El punto de vista de Melanie Klein es el de que la proyección vuelve hacia el exterior tanto la libido como la agresividad y, al dirigir las hacia el objeto, inicia las primeras relaciones objetales. Esta deflexión de las primeras pulsiones agresivas o de muerte hacia el exterior evita que el bebé se sienta por completo inundado por ellas, al tiempo que el objeto, en quien en la fantasía se introducen estas pulsiones, queda transformado en objeto perseguidor. A la vez, el objeto queda también investido por la libido proyectada en él. Me detendré aquí en lo que se refiere al tema de la identificación proyectiva, puesto que volveré sobre ella cuando me centre en el tema de la ansiedad.

1.2.4. Interacción entre mundo interno y mundo externo

Creo que con las consideraciones que han precedido en torno a los procesos de incorporación, identificación e introyección he añadido alguna luz al concepto de un mundo interno tan real, para el sujeto, como el mundo externo en el que se encuentra. Quiero, todavía, exponer algunas ideas acerca de esta cuestión.

H. Guntripp (1971) opina que puede entenderse mejor la existencia de un mundo interno tomando como punto de partida algo que está al alcance de todos: el recuerdo de los propios sueños. En efecto, el recuerdo de nuestros sueños nos muestra un escenario en el que se mueven, actúan, aparecen y desaparecen multitud de imágenes que se relacionan entre sí de las más diversas formas y entre las cuales algunas nos representan a nosotros, frecuentemente bajo apariencias de edad, condición, actividades, sentimientos, etc., muy diferentes a las que creemos nos caracterizan. En el momento del sueño, éste tiene una realidad tan vívida que, en muchas ocasiones, al despertar el soñador tiene, durante unos instantes, una extraordinaria impresión de certeza acerca de lo soñado. Podemos decir, por tanto, que el sueño posee un carácter alucinatorio, siendo las alucinaciones aquellas imágenes sensorceptivas que no han sido producidas por un estímulo externo, sino por una pura actividad mental, aun cuando el sujeto las considere, erróneamente, como provenientes de la realidad externa. De acuerdo con ello, es lícito poner el sueño en relación con lo que Freud llamó la «realización alucinatoria de deseos», a la que él consideró como la más primitiva forma de actividad mental, que se presenta cuando el bebé experimenta una insatisfacción de sus necesidades vitales. Esto nos pone de relieve que el sueño reproduce formas arcaicas de la actividad mental, de la misma forma que, en su contenido manifiesto —aquello que el soñador recuerda cuando despier ta—, utiliza memorias, imágenes, deseos, vías de expresión, etc., en los que se mezclan elementos adultos e infantiles. Es decir, el mundo del sueño es un mundo propio del soñador, que tiene existencia únicamente en la mente de éste, que se nutre, para su edificación, de las experiencias psíquicas habidas durante la infancia y que se pone en marcha y se despliega como resultado de la interacción entre las fantasías inconscientes y la realidad externa. Por tanto, el sueño nos muestra, gráficamente y sensiblemente, cómo las experiencias infantiles —sentimientos, relaciones de objeto, representaciones del *self*, etc.—, continúan viviendo en nuestro interior, dando lugar a la existencia de un mundo interno que es, para cada uno de nosotros, tan psíquicamente real como el mundo externo en el que nos movemos.

En este mundo interno nos continuamos relacionando con aquellas personas que desempeñaron un papel primordial para nosotros durante la infancia y hacia las cuales dirigíamos amor, odio, deseo, envidia, temor, etc. Sus imágenes han penetrado en nuestra mente y forman parte de su estructura, aun cuando se hallen a considerable distancia de las emociones y pensamientos conscientes. A través de la internalización, todo el entramado de las relaciones objetales permanece vivo y dinámico, formando un mundo tan multiforme y complicado como aquel que es propio de la realidad exterior. Hasta cierto punto, por tanto, podemos decir que los seres humanos viven en dos mundos: uno, puramente psíquico y totalmente privado, el otro, material y compartido; el primero, inconsciente y perenne prolongación de las experiencias infantiles; el

segundo, consciente e ineludible expresión del presente. Al decir que podemos hasta cierto punto quiero significar que estos dos mundos no deben ser concebidos como espacios distintos y separados de forma que el sujeto habite, simultánea o sucesivamente, en uno y otro, sino que ambos interactúan continuamente entre sí desde el comienzo de la vida. A fin de cuentas, el mundo interno se forma a expensas de la internalización de la realidad externa, a la vez que ésta es percibida no como lo que podríamos denominar una cosa en sí misma —es decir, como algo puramente objetivo— sino siempre revestida de las proyecciones del sujeto perceptor, lo cual hace que el mundo externo sea, para cada uno, algo que se ha construido por la articulación entre la realidad material y las proyecciones emitidas sobre ella. Dice, respecto a esto, P. Heimann: «En un comienzo los objetos no existen independientemente para el bebé, sino que siempre los refiere a él de alguna manera. Inversamente, refiere sus propias experiencias a sus objetos, de modo que siente los procesos del yo conectados con los objetos. Mientras sus fantasías se centran en el objeto único, el pecho de la madre, atribuye cualquier sensación de dolor a la persecución del pecho... cuando siente placer y bienestar es el pecho quien lo alimenta y lo cuida» (1958). En el sujeto que podemos considerar razonablemente sano, predomina la capacidad de discriminar entre la realidad externa y la interna, de manera que no se produce una confusión excesiva y puede diferenciarse entre lo que está dentro y lo que está afuera, lo que son los propios deseos, temores, ansiedades, etc., y lo que es la realidad substancial de las cosas materiales y de los otros. La ausencia de salud mental, en cambio, se caracteriza por la falta de esta capacidad —en grado variable según la distinta gravedad— y la consiguiente indeterminación y turbiedad entre lo que pertenece a una y a otra realidad.

En nuestras fantasías inconscientes nos relacionamos con los objetos internos a través del yo, al igual que lo hacemos con quienes nos rodean en el mundo externo, de acuerdo con un amplio espectro de sentimientos y deseos, con la diferencia de que, según muestra la investigación analítica, las pulsiones y movimientos emocionales alcanzan, en el mundo interno, una intensidad mucho mayor de la que, habitualmente, se manifiesta en las relaciones externas. Ello da lugar a que el temor a las consecuencias de la agresividad inconsciente, por ejemplo, sea proporcionalmente tan intenso como el odio y la envidia que la promueven, y que, viceversa, se atribuya a los objetos internos una hostilidad y peligrosidad equivalentes.

La estructuración de este mundo interno se inicia, como ya hemos visto en las palabras de P. Heimann, en los primeros momentos de la vida. Por tanto, antes de que el bebé sea capaz de percibir a las personas que le rodean —sus objetos— como una totalidad. En lugar de ello, percibe únicamente fragmentos visuales y sensaciones: rostro, pecho, manos, voz, olor, contacto, etc., dando lugar a la formación de lo que se denomina «objetos parciales». Con lo dicho, estamos ahora en mejores

condiciones para comprender la aparición, en los sueños de las personas sanas y en las experiencias alucinatorias de los enfermos psicóticos, de imágenes terroríficas, extrañas, absurdas, amenazadoras, etc. Naturalmente, debemos tener en cuenta que para el bebé, lo mismo que para el adulto en su inconsciente, el llamado objeto parcial es vivido como un objeto total. Es tan sólo desde la perspectiva del pensamiento adulto y racional como consideramos que tales imágenes —observadas en los sueños, en dibujos y pinturas de niños y psicóticos, en alucinaciones, en figuras mitológicas, etc.— son partes o fragmentos de objetos totales. Además, a medida que el niño desarrolla su capacidad de percibir de una manera total sus objetos, no por esto dejan de existir, en sus fantasías inconscientes, las imágenes correspondientes a los objetos parciales, de manera que objetos parciales y objetos totales coexisten en la mente de cada sujeto. La diferencia consiste en que los primeros quedan relegados, salvo en las psicosis, a los niveles inconscientes de la psique mientras que los segundos se hallan incluidos, a la vez, en las áreas conscientes e inconscientes de la actividad mental.

Si el mundo interno se encuentra poblado de figuras amenazadoras y de relaciones conflictivas, ello se debe a la intensidad de las pulsiones agresivas o de muerte propias de las primeras etapas de la vida, las cuales, por proyección y posterior reintroyección o internalización, son experimentadas en el interior del *self*. Por ejemplo, cuando el bebé, irritado y rabioso contra una madre para él frustrante —percibida en su totalidad o parcialmente— proyecta su agresividad y odio contra ella, y posteriormente vuelve a introyectarla, sitúa en el espacio mental interno a una madre revestida con la agresividad y el furor que han sido depositados sobre ella, quedando convertida en una figura hostil y peligrosa que amenaza, desde dentro, con el mismo vigor con que ha sido mentalmente agredida. Sucede que, debido a las constantes proyecciones y reintroyecciones, muchos sujetos experimentan el mundo externo altamente deformado por la fuerza de sus emociones, se conducen como si los otros y las circunstancias de la realidad que los envuelve fueran, realmente, como ellos lo viven en su interior y, a la larga, acaban provocando en quienes les rodean el mismo comportamiento para con ellos que tanto temen.

Así, pues, un objeto interno o imago es la representación psíquica inconsciente de una persona significativa en la vida del niño, a la que el sujeto siente como constituyente de su mente y que, desde las primeras etapas de la vida, ha quedado revestida por las pulsiones y emociones que sobre ella se han proyectado. Sin embargo, en los casos en los que el desarrollo mental tiene lugar de forma saludable, las sucesivas introyecciones de las vivencias satisfactorias, gratificantes y aseguradoras que el niño experimenta con sus objetos, así como de la imagen amorosa y solícita de éstos, permiten una progresiva suavización y modificación de las primitivas imagos distorsionadas y un acercamiento de éstas a la imagen real de tales objetos.

Es menester que tengamos muy claro que, aun cuando concebimos el

mundo interno como perteneciente al área psíquica de lo inconsciente, los sueños, fantasías diurnas, deseos, etc., son una expresión constante del mismo. Las ansiedades inexplicables y los síntomas psicopatológicos son, asimismo, una manifestación del mundo interno. Pero también los pensamientos, sentimientos, comportamiento y rasgos del carácter que consideramos incluidos dentro de la esfera de la normalidad son el resultado de la confluencia entre el mundo interno, nuestra actividad mental consciente y las circunstancias externas. Es decir, la vida humana, en su totalidad, se halla siempre en íntima conexión con la situación imperante en el mundo interno del sujeto, incluso en aquellos aspectos que parecen más racionalmente determinados o fundamentalmente movidos por causas externas. Por tanto, al hablar de mundo interno y mundo externo como lo he estado haciendo debemos tener mucho cuidado en no caer en error, debido a la facilidad con que las palabras, tanto en psicoanálisis como en psicología general, son instrumentos excesivamente groseros, poco afinados para describir los sutiles matices y las delicadas complejidades de los procesos psíquicos. No hemos de entender —como tomando un modelo espacial— que el sujeto viva, ni simultánea ni consecutivamente, en dos mundos distintos, ya que la realidad externa y la realidad interna no existen por separado. El sujeto no percibe un mundo externo en sí mismo, como algo totalmente objetivo, sino que siempre conoce este mundo externo como un resultado de la interacción entre una realidad exterior a él y las fantasías que proyecta sobre ella. Pero, además, estas fantasías y su propia conducta estimulan a quienes le rodean, provocando en ellos determinados comportamientos, de manera que él mismo está construyendo este mundo externo en lugar de limitarse a recibirlo pasivamente. A la vez, ya he dicho que el mundo interno se forma como resultado de la internalización de los objetos externos con los que el bebé convive desde el momento de su nacimiento. Por tanto, es, hasta cierto punto, sólo un artificio del lenguaje, con la finalidad de poder explicarnos algo de lo que ocurre en la mente y delimitar algunos conceptos, el hablar de mundo externo y mundo interno. En realidad, ambos forman una sola unidad vivencial, y debemos entenderlos sólo como los aspectos extremos y específicamente más característicos de la experiencia psíquica.

Es bien conocido el punto de vista estructural en psicoanálisis que divide el sistema psíquico en ello, yo y superyó. Cuanto he dicho referente a la introyección y al mundo interno nos permite acceder a una más amplia perspectiva en torno a la formación temprana del superyó.

Ya he hablado de las pulsiones dirigidas a incorporar el objeto predominantes en el estadio oral. Estas pulsiones tienen un componente amoroso —ingerir el objeto amado— pero también un componente destructivo, propio del impulso agresivo o de muerte. El incorporar agresivamente lleva consigo la internalización de un objeto devorado y revestido de la misma destructividad que se le ha proyectado. En el mundo mental, estas imagos maltratadas, amenazadoras y vengativas constituyen el

aspecto cruel, sádico y punitivo del superyó temprano. Al mismo tiempo, la introyección de las imágenes de los padres hacia quienes se dirigen las pulsiones amorosas y que son experimentadas como protectoras, afectuosas y proveedoras de vida, da lugar al aspecto «bueno» —expresado en nuestra terminología de adultos— del objeto interno que ama, cuida y vivifica. Dado el predominio de las pulsiones sádicas durante los primeros meses de vida, prevalecen en el superyó temprano los rasgos de crueldad, agresividad y persecución. Posteriormente, merced a la repetida introyección de las experiencias gratificantes y satisfactorias, así como de los rasgos tiernos y amantes de los objetos, este superyó arcaico puede evolucionar hacia formas más suaves, benevolentes y amorosas.

1.3. Ansiedad

1.3.1. Represión pulsional y ansiedad

La ansiedad es un estado afectivo sobradamente conocido y experimentado por todo ser humano. Quien la padece sufre un sentimiento de intenso malestar, con sensación de peligro inminente, de amenaza, de espera de algo catastrófico e irremediable. En la medida en que este sentimiento se intensifica, se le añaden sensaciones somáticas de ahogo, opresión cardíaca, tensión generalizada e, incluso, manifestaciones objetivamente observables como respiración suspirosa, sudoración, aceleración cardíaca, temblor o rigidez muscular, etc. Sin embargo, existe también una ansiedad inconsciente de la que el sujeto que la sufre percibe tan sólo sus efectos o derivaciones.

La ansiedad es un afecto de primordial interés para la comprensión del comportamiento humano desde los primeros momentos de la vida. El trabajo del psicoanalista y del psicoterapeuta se centra, en gran medida, en la investigación de las ansiedades mentales de toda índole que a su alrededor se producen. Cuando el paciente aprende a tolerar su ansiedad, a percibirla y a comprenderla, se halla en vías de curación.

Hasta 1926 hallamos en los escritos de Freud lo que podemos llamar la primera teoría de la ansiedad. De acuerdo con ella, Freud consideraba que la ansiedad era el resultado directo de la insatisfacción de la libido, en su vertiente concreta de impulsos sexuales. Es decir, la libido no descargada se transformaba en ansiedad. Desde esta perspectiva, no importaba que las causas de la insatisfacción libidinal fueran unas u otras, externas o internas. En esencia, la falta de gratificación libidinal puede deberse a obstáculos e impedimentos externos que obran sobre el sujeto, a la renuncia voluntaria, por el motivo que sea, o a la represión inconsciente de la sexualidad a consecuencia de los conflictos que se alzan alrededor de ella. En cualquiera de estos casos el resultado era, en la primera teoría freudiana de la ansiedad, el mismo: la libido retenida era transformada en ansiedad. Se trataba, por tanto, de una teoría bioenergética de la ansie-

dad. Sin embargo, ya en algunas obras como *La interpretación de los sueños* (1900) y *Lo inconsciente* (1915), se apunta el concepto de la ansiedad no como un mero subproducto biológico, sino como un proceso más psicológico, con una función y un objetivo determinados: advertir de un peligro.

En 1926 publicó Freud una de sus obras fundamentales, *Inhibición, síntoma y angustia*. En ella, sin abandonar totalmente la idea de la mudanza de la libido en ansiedad, concibe a ésta, primordialmente, como una señal de alarma que advierte al yo de un posible sufrimiento. Esta teoría arranca de la idea fundamental de que el yo —considerado como un conjunto de actividades y funciones psíquicas— tiene, como misión fundamental, gestionar los recursos y disponibilidades del organismo, de manera que se alcance la gratificación de los impulsos y se evite el sufrimiento, teniendo en cuenta que la insatisfacción de ellos es siempre una fuente de displacer. Hemos de tener en cuenta que, cuando se intenta establecer una diferencia entre el miedo y la ansiedad, suele decirse que el primero es la respuesta frente a un peligro conocido, al que se juzga, con razón o sin ella, como real y externo, aun cuando es preciso aclarar que en el concepto de externo debe incluirse la parte somática del organismo. La ansiedad, en cambio, se refiere a un peligro desconocido, no real, es decir, un peligro puramente intrapsíquico, a pesar de que pronto veremos que este rasgo de peligro puramente intrapsíquico o interno no era tal en los comienzos de la vida del sujeto.

Ya he advertido que la insatisfacción de impulsos y necesidades es un motivo de sufrimiento. Por tanto, una de las funciones básicas del yo es la de colmar los deseos y eliminar las necesidades, evitando, de esta manera, el displacer. Incluso puede decirse que todas las otras funciones del yo —percepción, dominio de la motilidad, memoria, raciocinio, etc.— están al servicio de este objetivo fundamental. Pero, en ocasiones, el yo no alcanza a cumplir su misión, de forma que la tensión provocada por las necesidades no cesa, y el sufrimiento va intensificándose. En otros casos, el sufrimiento es provocado por un estímulo que actúa lesivamente sobre los tejidos del organismo y que el yo no es capaz de suprimir. Estas situaciones dolorosas, por impulsos no consumados o por estímulos nocivos, son las denominadas situaciones traumáticas, y la ansiedad que durante ellas se experimenta es la ansiedad que, así mismo, podemos llamar traumática.

En los inicios de la vida extrauterina el bebé, no pudiendo valerse por sí mismo, se encuentra muy frecuentemente sometido a situaciones traumáticas que no puede evitar y de las que no puede librarse más que con el llanto y los movimientos desordenados. Pero rápidamente, con la progresiva maduración del yo, el bebé aprende a conocer cuáles son aquellas situaciones que, en un plazo más o menos largo, pueden devenir traumáticas, y, por tanto, provocar sufrimiento. El yo, alarmado ante el peligro que acecha, reacciona generando ansiedad, la cual es en sí misma sentida como un dolor intolerable —pero no tanto como el que resultaría de la

situación traumática— y, en virtud de ello, el yo se ve obligado a utilizar todos sus recursos para alejarse del riesgo traumático que tal situación comporta. Ésta es la denominada ansiedad de alarma (Brenner, C., 1973).

Si ahora intentamos dilucidar cuáles son las situaciones productoras de ansiedad y sufrimiento a que se ve sometido el bebé, nos será fácil darnos cuenta de que la ausencia de satisfacción de las necesidades, inductora de sufrimiento y ansiedad, viene determinada por la falta de respuesta del objeto —madre o quien haga sus veces— encargado de aportar aquello —leche, calor, contacto, afecto, etc.— que ha de acallarlas. Por tanto, decir esto es lo mismo que decir que la ansiedad, tanto por sus orígenes como por los caminos por los que puede ser anulada, se halla estrechamente vinculada con las vicisitudes de las relaciones de objeto. Consecuentemente, el estudio de la ansiedad se encuentra totalmente superpuesto con el estudio de tales relaciones.

De una manera general, puede decirse que existen cuatro situaciones o formas de relación con el objeto que generan ansiedad de alarma por cuanto, aun cuando en ellas no exista un daño real, es probable que dicho daño se produzca si tal situación no es removida.

a) Cuando el objeto que satisface las necesidades del bebé no se halla presente, puede no haber un sufrimiento inmediato, pero lo habrá en cuanto el hambre, la sed o cualquiera otra necesidad haga su aparición. Por tanto, la ausencia del objeto es una situación provocadora de ansiedad de alarma.

b) Si el objeto muestra su enojo, agresividad, etc., hacia el bebé, tampoco hay esperanza de que las necesidades sean satisfechas cuando aparezcan, de manera que la falta de amor por parte del objeto es, también, un motivo de ansiedad.

c) Si se teme una agresión por parte del objeto, aun cuando ésta no se haya producido todavía, brota la ansiedad. A su vez, el temor a la agresión física por parte del objeto es consecuencia directa de los impulsos destructivos dirigidos hacia él, de las fantasías en las cuales el objeto es atacado, dañado, invadido, etc., lo cual hace que éste se torne cada vez más agresivo, perseguidor y punitivo hacia el bebé. Las fantasías agresivas hacia los primeros objetos forman parte principal de la situación edípica. Dada la estrecha vinculación de los impulsos eróticos y destructivos de la situación edípica con los órganos genitales —puesto que se desea la unión genital con uno y otro de los progenitores y la eliminación del progenitor sentido como rival frente a cada pulsión— se teme, en consecuencia, que el castigo se dirigirá hacia los órganos genitales. De ahí que a la ansiedad derivada de la constelación edípica se la conozca con el nombre de ansiedad de castración.

d) Una vez los objetos han sido internalizados, sus aspectos prohibitivos, censuradores y punitivos, tanto si son reales como si son puramente imaginados, continúan actuando en el interior de la mente del sujeto. Estos aspectos de los objetos internalizados se organizan en un funcionamiento a cuyo conjunto denominamos superyó. Las críticas, acusaciones

*
si colmar los
de

y amenazas por parte del superyó dan, también, lugar a la aparición de ansiedad.

Las tres primeras situaciones a las que me he referido poseen una realidad externa sólo en el bebé y en el niño. Más adelante, el sujeto se basta a sí mismo y no necesita de los objetos como medio indispensable para su supervivencia. Llegará incluso un momento en el que, tal vez, sean los objetos —los padres envejecidos— quienes dependan biológicamente de él. Pero en el inconsciente, atemporal, esta evolución no se produce, la situación infantil continúa existiendo como en los primeros momentos de la vida, y en esta zona inconsciente de la personalidad persisten los mismos conflictos y pautas de relación objetal que suscitaban ansiedad en las primeras etapas del desarrollo, por ser potencialmente productoras de algún daño; daño que, en aquellos momentos era de tipo esencialmente físico. Posteriormente, el sujeto continúa percibiendo ansiedad; ansiedad para él de fuente desconocida, a causa de la reactivación de tales situaciones en su inconsciente. La cuarta situación de ansiedad, provocada por la crítica y las acusaciones del superyó, refleja fielmente la perpetuación de las relaciones objetales infantiles, determinantes de ansiedad, a causa de que los objetos en la relación con los cuales ésta se engendra se han constituido en parte integrante del sistema psíquico del sujeto.

1.3.2. Ansiedad persecutoria

Sin embargo, lo que llevo dicho hasta ahora no es aún suficiente para comprender en su totalidad, y en una perspectiva más detallada, el arranque de la ansiedad y su evolución desde los mismos inicios de la vida humana. Fue Melanie Klein quien, a través de las investigaciones llevadas a cabo en los análisis de niños, descubrió aspectos hasta entonces inéditos en la génesis y desarrollo de la ansiedad (1932, 1946, 1948, 1952, etc.). De acuerdo con los hallazgos de esta autora, corroborados por los continuadores de su escuela, sabemos que la primera situación de ansiedad se manifiesta en los comienzos de la vida a causa del peligro que para el organismo representa la pulsión de muerte. Es decir, el yo primitivo experimenta la presencia de la pulsión de muerte con un peligro de aniquilación del organismo, y este peligro es el que da lugar a la ansiedad y el que fuerza al yo a proyectar tal pulsión hacia el exterior. Dado que la pulsión de muerte o destructiva, lo mismo que su antagonista, la pulsión de vida o erótica, persiste durante toda la vida, la ansiedad provocada por ella puede presentarse, de una u otra forma, en cualquier momento de la existencia.

La división fundamental de las pulsiones en pulsión de muerte o destructiva y pulsión de vida o erótica fue descrita por vez primera por Freud en *Más allá del principio del placer* (1920) y continuada en otros trabajos como *El yo y el ello* (1923), *El problema económico del maso-*

quismo (1924), etc. La actividad de la pulsión de muerte en el interior del organismo es sentida por el bebé como un peligro de aniquilación. Para defenderse de ello, desvía esta pulsión y la proyecta en sus primeros objetos, es decir, los aspectos parciales de la madre —no vivida aún como una totalidad— y, esencialmente, la representación del pecho. Al proyectar esta pulsión destructiva al exterior, el mundo circundante se torna hostil y persecutorio, transformándose el objeto en el representante externo de la pulsión de muerte. A causa de ello, los sufrimientos provocados por las más diversas causas, tales como hambre, espasmos intestinales, escozores por la orina o las heces, etc., son experimentados como provenientes de este objeto revestido de la agresividad que hacia él se ha dirigido, y a causa de la cual se teme la venganza y el castigo. Utilizando nuestra terminología de adultos podemos decir, por tanto, que en la mente del bebé el objeto —no total en un principio, sino parcial y fragmentado— se ha convertido en un objeto malo, es decir, amenazador, rencoroso, punitivo y cruel. Ahora bien, como ya he dicho, la proyección se complementa con la introyección, como la espiración no se da sin la inspiración, de forma que el objeto atacado y dañado por los impulsos agresivos y, a causa de ello, transformado en hostil y persecutorio es, a su vez, internalizado. Debido a ello, la pulsión de muerte que había sido desviada hacia el exterior, y de la cual el objeto se ha convertido en el portador y representante, vuelve a ser internalizada y su destructividad es vivenciada en el interior de la propia mente. Con esto, la situación de peligro se acrecienta y con ella la ansiedad, con el consiguiente aumento de la necesidad de desviar de nuevo tal pulsión de muerte hacia los objetos externos, en un continuado flujo y reflujo, una constante interacción entre proyección e introyección. Por tanto, los peligros externos y los peligros internos se intercambian y alternan sin cesar. Los peligros externos son introyectados y se sienten como actuando en el interior, al tiempo que la agresividad es proyectada y se experimenta como proveniente de los objetos externos. La ansiedad desencadenada por el temor a los ataques por parte del objeto, tanto el externo como el internalizado, y por las pulsiones destructivas que actúan en el interior, es la denominada por Melanie Klein ansiedad persecutoria, que es, por tanto, la ansiedad que se presenta desde los comienzos de la vida.

El concepto de ansiedad persecutoria no se contradice con lo expuesto anteriormente acerca de las situaciones productoras de ansiedad, ya que aquéllas las refería a la ausencia del objeto, la falta de amor del objeto y la amenaza de castigo por parte del objeto, y todo ello es lo que acaece, en la mente del bebé, a consecuencia de la proyección de la pulsión de muerte y de los ataques fantaseados contra el objeto. En estas condiciones, éste desaparece como objeto benéfico y suministrador de vida, para transformarse en un objeto hostil, peligroso, que ataca y agrede con la misma fuerza con la que ha sido maltratado.

Junto a la ansiedad persecutoria deben tenerse en cuenta los procesos de escisión o disociación, básicos durante el primer año de vida. La

siempre no se da
introyección
de m...

desviación de la pulsión de muerte hacia el exterior es, ya, un proceso de escisión, el cual sirve al yo en su lucha contra la ansiedad provocada por dicha pulsión, al librar al organismo de los peligros que ella comporta. Ahora bien, junto con la proyección de la pulsión destructiva, también tiene lugar la proyección de la pulsión libidinal o erótica, dirigida hacia el objeto gratificante. El objeto queda, así, disociado en un objeto malo, frustrante y del cual proviene todo el sufrimiento, perseguidor en tanto que agredido, y un objeto bueno, que satisficé todas las necesidades, al que se ama y del que se espera protección y amor. Este objeto amoroso introyectado forma el núcleo del yo, dando a éste la cohesión y firmeza precisos para combatir la excesiva tendencia a la dispersión y la disociación. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que cuanto más intensas son las fantasías agresivas que el bebé proyecta sobre el objeto, más se siente a la parte de éste transformada en hostil como perseguidora y, para protegerse de ella, es menester idealizar y hacer más poderoso el objeto bueno que debe preservar de tales peligros, con la consecuencia de que un objeto tan perfecto se torna, en la mente del niño, exigente, riguroso y opresivo, de manera que, entonces, los riesgos amenazan por los dos lados. Por otra parte, la escisión del objeto en bueno y malo siempre va acompañada de una escisión o disociación del yo, así como de los sentimientos al quedar éstos vinculados con una y otra parte del objeto. Esto, unido al efecto desintegrador de la ansiedad provocada por el impulso de muerte que actúa en el interior del organismo, contribuye, cuando está ansiedad y los procesos de disociación son muy intensos y no suficientemente contrarrestados por la internalización del objeto amoroso, a la fragmentación del yo, lo cual favorece la aparición a corto o a largo plazo, de los trastornos mentales de tipo esquizofrénico.

En esta fase temprana de la vida, el objeto amoroso y protector es mantenido separado del objeto hostil y perseguidor, a fin de preservar incontaminada la capacidad de amparo y salvaguarda del primero y asegurarse, al mismo tiempo, la satisfacción ilimitada de todos los deseos y necesidades. Es decir, la posesión del objeto idealizado, por un lado, intensifica los sentimientos persecutorios y, por otro, da lugar a un tranquilizador sentimiento de omnipotencia. Pero, en la lucha contra la ansiedad persecutoria, existe otra forma de defensa, la negación del objeto malo, junto a la negación de la frustración y el dolor. Cuanto más intensa es la ansiedad persecutoria, más violentamente son empleadas la idealización, la disociación, la omnipotencia y la negación, lo cual dificulta la percepción de la realidad, la integración del yo, la instalación en el interior de un objeto verdaderamente amoroso y protector, y, por tanto, la superación de las ansiedades de persecución o paranoides.

A este conjunto de fantasías agresivas dirigidas hacia el objeto, temores de persecución y castigo vengativo por parte de éste, actividad disociativa del objeto y del propio yo, negación y omnipotencia, lo denominó Melanie Klein posición esquizo-paranoide. *Esquizo* es un término griego que significa disociar, dividir o escindir, mientras que *paranoide*

es una locución utilizada en psiquiatría para designar aquellos estados psíquicos en los cuales el sujeto se siente perseguido y hostigado por los otros. Aun cuando la posición esquizo-paranoide predomina durante los cuatro o cinco primeros meses de la vida, el concepto de posición no es superponible al de una fase del desarrollo, sino que, como acabo de decir, sirve para caracterizar un conjunto de sentimientos y actividades mentales que se presentan agrupados y que dan lugar a un determinado tipo de relaciones de objeto. Pese a que una posición haya sido superada para dar paso al predominio de otra pauta de relaciones objetales, es decir, a otra posición, determinadas circunstancias, externas o internas, pueden reactivar de nuevo la posición ya excedida. Si las sucesivas experiencias son vividas de forma que se produzca una mejor conjunción de las ansiedades psíquicas, será posible acceder otra vez a un predominio de la posición correspondiente a un mayor grado de evolución y madurez mentales.

Considero importante subrayar que en la génesis de la ansiedad persecutoria ocupa un papel destacado el mecanismo de identificación proyectiva, ya que al introducir, mentalmente, partes del propio *self* en el objeto, sobreviene el temor de quedar atrapado, como en una trampa, dentro de éste, cuyo interior se siente poblado de amenazas y peligros. Además, el sujeto también siente que, como represalia, el objeto tratará, a su vez, de introducirse en su interior junto con las partes dañinas del *self* que en él se proyectaron.

1.3.3. Ansiedad depresiva. La reparación

Después de los cuatro o cinco primeros meses de vida, el bebé comienza a reconocer que el objeto bueno, amado, y el objeto malo, odiado, son distintos aspectos de un mismo objeto, y que él mismo se está relacionando de dos formas distintas, agresiva y amorosamente, con este objeto total. Dicho con otras palabras más simples, el bebé se percata que la madre que no acude, por ejemplo, cuando él se siente torturado por el hambre y a quien él considera como la causante de su sufrimiento y contra quien dirige su odio y agresividad; la madre hacia la que proyecta las partes dañinas, violentas y destructivas de su *self*, para penetrar intrusivamente en su interior, devastarla y controlarla; la madre a quien, una vez internalizada, siente como un objeto que acosa y hostiga desde dentro, esta misma madre, es la madre que protege, que cuida y alimenta, y a quien él ama y precisa para su supervivencia. Esta coincidencia de amor y odio da lugar a la preocupación por la suerte del objeto hacia quien se dirigen las pulsiones libidinosas y agresivas. El temor de haber lastimado y deteriorado, con la propia destructividad, al objeto amado y necesitado, origina la llamada por Melanie Klein ansiedad depresiva. La diferencia fundamental entre ansiedad paranoide y ansiedad depresiva estriba en que en la primera el sujeto siente temor por sí mismo, por el menoscabo, aniquilación y detrimento que puede sufrir a causa de los ataques por

parte del objeto, mientras que en la segunda lo que existe es una preocupación por el daño que puede haber sufrido el objeto a causa de los ataques que se le han inferido. Dada la internalización que se ha efectuado del objeto amado, no es únicamente el objeto externo el que se siente amenazado y lastimado por las fantasías agresivas, sino que también es el objeto amado e internalizado el que se siente atacado por el objeto perseguidor, también introyectado, y por las pulsiones que actúan en el interior de la mente. El aspecto de la ansiedad depresiva que se refiere a este objeto amado e internalizado es más doloroso y difícil de combatir que el que concierne a la preocupación y pena por el objeto amado externo. Ello es comprensible, puesto que la presencia física de la madre que continúa cuidando, amando y suministrando aquello que es necesario para la vida, pese a los ataques que se le dirigen en la fantasía, tranquiliza acerca de los efectos fatales que pudieran tener tales fantasías, ya que la realidad muestra que aquélla no ha sido verdaderamente dañada. En el curso de los tratamientos psicoanalíticos, esto puede verse reproducido muy a menudo. Es frecuente que algunos pacientes tengan fantasías, especialmente durante los días correspondientes al final de semana en los que no son asistidos por su terapeuta, de que éste sufre alguna enfermedad o accidente, o de que se ha tornado hostil, malevolente o frío y descuidado para con ellos, hasta el punto de que a veces imaginan que ya no serán de nuevo recibidos, que el analista se habrá ausentado, que encontrarán su plaza ocupada por otros, etc. Junto con esto, también en muchas ocasiones se sienten profundamente irritados o llenos de odio y rencor hacia este analista que les ha abandonado. Cuando, al principiar la semana, se inicia de nuevo el análisis, estos pacientes recobran el sosiego al encontrar a su terapeuta libre de todo mal, aguardándoles y en perfectas condiciones para escucharles y comprenderles, sin huella alguna de los ataques, violencias y distorsiones que en su fantasía había sufrido. La ansiedad por el objeto internalizado es más difícil de apaciguar. Sin embargo, ello es también posible gracias a los procesos de introyección y proyección ininterrumpidos, que ya he citado repetidamente. Las experiencias gratificadoras y amorosas en relación con los padres son internalizadas y modifican las imagos hostiles y perseguidoras, con lo que, en lugar del temor a ser agredido por ellas, surge la preocupación y la pena por haber lastimado y deteriorado al objeto, y, en consecuencia, aparece la ansiedad depresiva. Esta mitigación del carácter malévolos y terrorífico de las imagos da lugar a una proyección más atemperada de las pulsiones destructivas, lo cual produce una menor deformación en la percepción de las imágenes reales de los padres sobre las cuales se realiza la proyección, a la vez que disminuye el detrimento que se teme pueden recibir, dada la atenuación de la violencia en las fantasías contra ellos. Esto da lugar a una nueva introyección de unas experiencias positivas que dulcifican las ansiedades paranoide y depresiva, y así sucesivamente. Gracias a este ininterrumpido proceso de introyección y proyección, las imagos van perdiendo sus primitivos rasgos amenazadores y terroríficos —origina-

dos por la proyección al exterior de las pulsiones de muerte— asimilándose cada vez más a las imágenes reales de los padres.

El lector habrá observado que en el anterior párrafo he dado por supuesto la existencia simultánea de ansiedades paranoides y depresivas. Efectivamente, aun cuando en los cuatro-cinco primeros meses de vida impera la deflexión hacia los objetos externos de la pulsión de muerte, y los ataques fantaseados contra éstos, a los que se siente como causantes de todas las insatisfacciones y sufrimientos, con los consiguientes temores de acoso y venganza por su parte, existen momentos en los que el bebé es capaz, aun cuando sea temporalmente, de integrar los aspectos gratificadores y frustrantes de los padres y sus sentimientos de odio y amor dirigidos hacia ellos. Entonces puede sentir preocupación, dolor y pena, es decir, ansiedad depresiva, por estos padres a la vez amados y odiados. Progresivamente, estos momentos irán aumentando en estabilidad y duración hasta que, si las ansiedades paranoides son, como antes he mencionado, sucesivamente suavizadas a través de la repetida introyección de las experiencias de amor y satisfacción, se instala, de manera predominante, la tristeza por el daño ocasionado al objeto y el cuidado y celo por éste. Estos últimos sentimientos, propios de la ansiedad depresiva, estimulan la tendencia a reparar al objeto, es decir, a resarcirle del mal que se le puede haber ocasionado, devolviéndole el amor que de él se ha recibido, así como a reconstruir el deterioro originado tanto en el objeto real externo como en el internalizado. Como ya he mencionado antes, este proceso de establecimiento en el interior de un buen objeto comienza cuando la visión de éste es todavía parcial, siendo el pecho materno el primer objeto bueno introyectado, el cual forma el núcleo del yo primario a cuyo alrededor se irá desarrollando, por sucesivas identificaciones, el yo más maduro y definitivo. El hecho de que muchos bebés sean alimentados artificialmente desde el comienzo de su vida y, por tanto, que no hayan tenido nunca un contacto real con el pecho materno no es óbice para que lo introyecten mentalmente, ya que, para que ello sea posible, no es únicamente el pecho tangible y material el que cuenta. Las pulsiones son buscadoras de objetos, es decir, la pulsión nutritiva y, en conjunto, todas las pulsiones orales: tragar, succionar, morder, vaciar, etc., se dirigen a un objeto que está preformado en la mente del recién nacido, pero este objeto buscado no es propiamente el objeto físico, el pecho, sino más bien la función que éste representa, es decir, la función de alimentar, satisfacer el hambre, dar satisfacción, ofrecer amor, etc. Esta es la función que el bebé introyecta y que forma el núcleo del yo, por más que no se haya producido ninguna unión externa con el pecho. Como es natural, también el padre es introyectado, como objeto parcial en un principio y total más adelante.

La posición depresiva ocupa, en términos generales, la segunda mitad del primer año de vida. Si el bebé experimenta, en su mente, que las tendencias reparatorias alcanzan sus objetivos, la culpa, el pesar y el temor a haber destruido el objeto menguan, y éste se establece en el

interior del *self*, donde, además de proporcionar los elementos de identificación suficientes para la formación del yo, actúan como una fuente constante de apoyo, ayuda y seguridad. Quien ama y se siente amado por sus objetos internos nunca se siente solo, sean cuales sean las circunstancias, y conserva siempre la estima y el respeto por sí mismo y por los otros.

Aun cuando me haya estado refiriendo al bebé, las posiciones esquizo-paranoide y depresiva no desaparecen después de la infancia, incluso en los casos en que se ha logrado una adecuada elaboración de ambas. La posición depresiva es la que corresponde a una buena relación con los objetos, tanto externos como internos, con canalización de la preocupación y el cuidado por ellos hacia actividades constructivas, unificadoras y creadoras, que abarcan a los otros, el mundo circundante y el propio *self*. En ella predomina una actitud de comprensión hacia uno mismo y hacia los otros, la tolerancia y contención de las propias emociones, y la capacidad de establecer relaciones amorosas con los semejantes. Al mismo tiempo, la paz y la armonía con los objetos internos, al decrecer la ansiedad persecutoria y las fantasías agresivas contra ellos, posibilitan el respeto y el amor a sí mismo. Sin embargo, determinadas circunstancias tales como luchas, fracasos, conflictos con otras personas, situaciones frustrantes, etc., pueden reactivar la agresividad, el odio, los sentimientos de persecución y las defensas que se usan contra ellos y que ya he mencionado, como la negación, la omnipotencia, la disociación masiva, etc. Así mismo, quebrantos y duelos pueden, si la posición depresiva no había sido suficientemente elaborada, dar lugar a la reproducción, en el inconsciente, de las experiencias primitivas de pérdida del objeto. De aquí pueden derivarse una reagudización de las ansiedades depresivas, caso éste el más favorable y en el que la preocupación y pena por el objeto llevan a una reinstalación amorosa de éste en el yo, o bien una identificación con él bajo el imperio del odio y los reproches. En el primer caso, aquel en el cual predominan las ansiedades depresivas, no sólo la situación se halla en camino de evolucionar favorablemente, dirigiéndose los deseos hacia otras personas, ideas, empresas, etc., que reemplazarán lo perdido, sino que sucede incluso, con frecuencia, que el sujeto surge de esta crisis más templado, con mayor madurez y salud mental. En efecto, no es excepcional observar que algunos individuos, al sufrir algún detrimento importante en su situación personal, económica, física, profesional, etc., consiguen, tras un trabajo mental prolongado, tomar más conciencia de su estado, aceptar la parte de responsabilidad o culpa que les puede corresponder en lo acaecido, tolerar sus sentimientos y encauzarlos de forma positiva, clarificar más sus relaciones consigo mismos y con los otros, y, en definitiva, adquirir un mayor grado de madurez emocional, de autoconocimiento de los propios límites y posibilidades, y de capacidad para las relaciones satisfactorias con los otros. Esta evolución y despliegue favorables de la personalidad son debidos a la reestructuración, a raíz de la crisis sufrida, del mundo interno, de las

relaciones del yo con sus objetos. En el segundo caso, en cambio, la identificación con un objeto hacia quien el odio y las críticas y acusaciones superan el amor lleva a la melancolía, en la cual el yo es víctima de los ataques que se dirigen contra aquél, pudiéndose llegar al suicidio. Aunque también puede presentarse una regresión a la posición esquizo-paranoide, como antes ya he mencionado.

Cada momento evolutivo exige su peculiar estilo de adaptación a las circunstancias externas e internas y a las relaciones con los otros, es decir, con los objetos, tanto el primario, la madre, como los que le siguen, padre, hermanos, etc. Por tanto, debe entenderse que las posiciones esquizo-paranoide y depresiva son organizaciones psíquicas pertinentes y necesarias para el desarrollo de la personalidad. Ya me he referido a los aspectos integradores y de síntesis propios de la posición depresiva. Pero es que también la posición esquizo-paranoide, aunque caracterizada por ansiedades de persecución y por temores a las consecuencias de la propia agresividad, presenta aspectos y actividades que son de todo punto imprescindibles para el cabal desenvolvimiento psíquico. Así, la ansiedad provocada por la pulsión de muerte es eficazmente combatida gracias a la deflexión hacia el exterior de la misma, sin lo cual la psique temprana del bebé no podría soportar su presión. Igualmente, la disociación cumple la misión de poner orden en el caos de sensaciones, estímulos, sentimientos, temores y pulsiones que abruman el débil yo de las primeras etapas de la vida. A través de ella es posible, para el bebé, separar el sufrimiento, el sentimiento de aniquilación, el odio y la rabia, etc., de las sensaciones de gratificación o satisfacción, el amor y la gratitud, así como distinguir entre una fuente de la que emana aquello que es necesario para la vida —el objeto bueno— de una imagen a la que se atribuye, para librarse de ellos, todo el padecimiento, la insatisfacción y el peligro que proviene de la pulsión agresiva. Aun cuando ya he hablado de las dificultades que para el desarrollo y estructuración de la mente representa la utilización excesiva de la disociación, también es cierto que sin ella la mente del bebé no podría sobrellevar tal cúmulo de sentimientos e impulsos diversos, asfixiantes y contradictorios. Algunos analistas, como por ejemplo H. Rosenfeld (1950), han mostrado, a través de la descripción de análisis efectuados en enfermos psicóticos, cómo la pérdida de la capacidad de disociación puede llevar a estados confusionales muy extremos, en los cuales el sujeto queda imposibilitado para distinguir entre la realidad externa y la interna, sus fantasías y el mundo circundante, el amor y el odio, etc. Así mismo, la identificación proyectiva no es sólo utilizada al servicio de evacuar lo dañino y desagradable de uno mismo introduciéndolo en el objeto, y, en general, en los otros, ni tampoco únicamente para dominar y controlar al objeto y a los demás depositando en su interior partes del propio *self* para, desde allí, sojuzgar a todos. La identificación proyectiva no cumple únicamente estas misiones —que, a fin de cuentas, proporcionan un alivio, aunque temporal e insuficiente, frente al caos y la confusión de que he hablado— sino que también es imprescindible

para la comunicación. Mucho antes de que se establezca la comunicación verbal, el bebé hace llegar a la madre sus sentimientos, fantasías y necesidades a través de la identificación proyectiva, y es la sensibilidad de ésta ante dicha proyección la que le permite hacerse eco de dichos fenómenos psíquicos y, a la par que satisfacer material o afectivamente aquello que el bebé demanda, devolverle sus ansiedades y temores en forma mitigada y tolerable para él. No deben entenderse, por tanto, ni la posición esquizo-paranoide, ni la depresiva, como fenómenos patológicos a la par que inevitables, sino como pautas de organización imprescindibles en su momento y a través de las cuales el ser humano ha de alcanzar su pleno desarrollo.

DELIMITACIÓN Y ESENCIA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

2.1. Concepto y definición de psicoterapia. El conflicto intrapsíquico

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Esta definición puede parecer excesivamente concisa y breve, pero, si intentamos ampliarla, fatalmente introducimos aspectos, características y objetivos que pueden ser propios de algún tipo determinado de psicoterapia, pero que no son esenciales en todo tratamiento psicoterapéutico. Al mismo tiempo, fácilmente podemos darnos cuenta de que muchos de los rasgos, metas y factores que, corrientemente, se introducen en las definiciones de psicoterapia, pueden, sin temor de negligencia, guardarse para mejor ocasión, ya que no son más que la consecuencia de elementos que definen las intenciones y metodología de algunas técnicas psicoterapéuticas.

Aquello que es esencial y común a toda psicoterapia es el hecho de que el factor curativo —o supuestamente curativo— es la relación psicológica entre psicoterapeuta y paciente. Sin embargo, esta consideración de la relación entre el que necesita ayuda y el que la dispensa como instrumento terapéutico no basta por sí misma para delimitar suficientemente el ámbito de la psicoterapia. Para comprender esta afirmación basta, por ejemplo, recordar la pedagogía terapéutica o, más simplemente, los consejos y orientaciones que puede dispensar un médico a su paciente, el apoyo y comprensión brindados por un amigo, etc. Para que la relación interpersonal defina un proceso psicoterapéutico es menester que tal relación se sujete a una serie de postulados teóricos, por una parte, y de pautas técnicas derivadas de ellos, por otra. Por esto, pode-

mos ampliar la anterior definición diciendo que psicoterapia es aquella relación interpersonal de ayuda que se lleva a cabo de acuerdo con reglas técnicas fundadas en una doctrina acerca de la génesis y evolución de los fenómenos psicológicos, de las formas de interrelación entre la psique de los individuos y el mundo externo que les rodea, y de las insuficiencias, desviaciones y procesos patológicos que pueden presentar los pacientes a los que se intenta ayudar. Según sean estos postulados, hipótesis de trabajo, pautas técnicas, etc., así podrán distinguirse las distintas variedades de psicoterapia.

Pero hay aún otro punto fundamental que constituye la piedra angular sobre la que descansa la psicoterapia, sean cuales sean sus fundamentos teóricos y su metodología, el concepto de conflicto intrapsíquico. Resulta curioso advertir que en la mayoría de formulaciones acerca de qué cosa es la psicoterapia se olvida, aunque posiblemente se da por implícito, todo comentario acerca de este aspecto crucial. Lo que da sentido al concepto de psicoterapia es, precisamente, la noción de conflicto intrapsíquico. Si las perturbaciones emocionales fueran únicamente la consecuencia directa de dificultades, presiones, etc., provenientes del mundo externo que, actuando a modo de agentes patógenos, provocaran trastornos psíquicos de mayor o menor cuantía, no podríamos hablar de psicoterapia en la forma en que ahora lo hacemos o, a lo sumo, cabría referirnos a una suerte de asesoramiento o apoyo psicológico en el que, partiendo de las capacidades de cada sujeto y los obstáculos externos con los que se viera enfrentado, se le aconsejaría la mejor forma de comportamiento para resolver éstos. Pero, precisamente, aquello que con mayor vigor perfila la psicoterapia en el sentido estricto del término y la distingue y separa claramente de las actitudes de apoyo, asesoramiento, orientación, etc., frente a las dificultades, ya sea por parte de amigos, maestros, pedagogos, incluso de psicólogos, médicos y psiquiatras, es la noción de un conflicto intrapsíquico que debe ser resuelto. El psiquiatra, el médico, el psicólogo y el trabajador social, cuando actúan como consejeros, pueden, o no, tener la noción de la existencia de dicho conflicto intrapsíquico, pero no se ocupan de él ni intentan resolverlo, sino que únicamente pretenden influir en el sujeto de forma favorable para que pueda adoptar la forma de comportamiento más idónea a sus necesidades. Así, por ejemplo, en la buena relación médico-enfermo, cuando el primero es consciente de la importancia de los factores psíquicos, no sólo en la posible génesis y configuración de los trastornos somáticos que aqueja al paciente, sino también de la importancia de dichos factores psíquicos en cuanto al pronóstico, evolución, capacidad de colaboración, etc., en aquellos enfermos que aquejan dolencias específicamente somáticas, tratará de influir favorablemente en el cuadro clínico a través de su relación personal. Si sus conocimientos psicológicos —se entiende, no de psicología académica, sino de la psicología de la relación interpersonal— son suficientes podrá, en cada caso, adoptar la actitud que considere más pertinente, a fin de ya sea infundir esperanza, reducir las ideas sobrevalora-

radas acerca del padecimiento; desanimar las ganancias secundarias que puedan obtenerse a partir de éste, ofrecerse como aliado para la lucha contra la dolencia, orientar para el mayor aprovechamiento de aquellas capacidades físicas o psíquicas que no han sido afectadas por la enfermedad, modificar la actitud frente a los posibles déficits provocados por la misma a fin de recuperar aquello que sea posible, etc. Pero todo ello, que constituye la esencia de la buena relación médico-enfermo, no presupone que el médico que de tal forma actúe tenga conocimiento de los posibles conflictos intrapsíquicos ni, mucho menos, que pretenda eliminarlos, sino que tratará, únicamente, de encaminar al paciente, con su personal trato, hacia aquellas actitudes psicológicas que considere más provechosas para el curso y evolución de la patología.

Por el contrario, el psicoterapeuta centrará su acción sobre el conflicto intrapsíquico, y todo el manejo terapéutico de su relación con el paciente ha de dirigirse a la solución de dicho conflicto a fin de anular o contrarrestar las consecuencias nocivas que provoca en el sujeto que lo sufre. Según cuáles sean los objetivos últimos en torno a las dificultades emocionales y las técnicas que se utilizan para resolverlas o anular sus efectos, así se nos ofrecen las distintas formas y variedades de psicoterapia. En relación a lo que acabo de decir, puedo ya enunciar que, para mí, la división fundamental es la que podemos establecer entre psicoterapia psicoanalítica, o comprensiva, que constituye el objeto de estudio de este volumen, y el resto de las distintas formas de psicoterapia. Para terminar de precisar lo que debemos entender como psicoterapia, puede sernos útil el siguiente esquema.

Psicoterapia es aquel tratamiento que:

- a) se efectúa sobre un sujeto que se presupone afecto de un conflicto psíquico;
- b) llevado a cabo por un experto en el mismo;
- c) con la intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto;
- d) de acuerdo con una técnica previamente determinada por el psicoterapeuta según sea el método que pretende aplicarse y los objetivos a alcanzar;
- e) realizado con explícito conocimiento por ambas partes;
- f) siguiendo unas pautas de sistematización, frecuencia, duración, marco externo, etc. previamente determinadas;
- g) utilizando como único agente terapéutico la propia relación personal que se establece entre psicoterapeuta y paciente.

Si quisiéramos resumir las características anteriormente reseñadas en una breve definición, podríamos decir que psicoterapia es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto intrapsíquico a través de la relación interpersonal entre la persona que lo sufre y un experto en este tipo de ayuda.

2.2. Clases de psicoterapia

Si hacemos girar la delimitación conceptual de la psicoterapia en torno a la noción de conflicto intrapsíquico, es lógico suponer que las distintas variedades o tipos de psicoterapia se diferenciarán y asemejarán entre sí según cual sea la teoría del conflicto intrapsíquico sobre la que descansan, los objetivos que se persiguen en relación a éste —solucionarlo, total o parcialmente, reforzar las defensas contra el mismo, ofrecer alternativas y cauces de satisfacción substitutivos que haga decrecer la tensión de las fuerzas psíquicas enzarzadas en la lucha, etc.— y la metodología con la que se pretende alcanzar dichos objetivos. No siendo la finalidad del presente volunen describir todas las formas de psicoterapia, sino tratar únicamente de la psicoterapia psicoanalítica, me limitaré a señalar las características de ésta, así como las diferencias más importantes entre ella y el resto de las técnicas psicoterápicas, para continuar ya posteriormente ciñéndome, en exclusiva, a este tipo de psicoterapia (p. p.).

Como su propio nombre indica; la p. p. es aquella que se funda, tanto en su estructura conceptual y teórica como en su metodología operativa, en el cuerpo de doctrina psicoanalítica (Esteve, J.O., 1984). Por tanto, es obvio que parte del supuesto de la existencia de determinados conflictos intrapsíquicos que permanecen inconscientes para el paciente, y que el fin que con ella se pretende es el de solucionar, parcial o totalmente, dichos conflictos a través de la relación interpersonal paciente - terapeuta, usando como instrumento curativo las intervenciones verbales del terapeuta que tienden a fortalecer el yo y a permitirle manejar adecuadamente aquellos impulsos y emociones frente a los que, hasta el momento, ha fracasado en la función de síntesis e integración que le es propia. Más adelante, me referiré con mayor detalle a las relaciones de la p. p. con el psicoanálisis. Ahora sólo pretendo dejar sentado que, frente a esta actitud esclarecedora o comprensiva de la p. p., las otras clases de psicoterapia, a las que para los fines que me propongo puedo englobar bajo el calificativo genérico de psicoterapias de apoyo, pretenden, a través de uno u otro procedimiento, reforzar la represión de los conflictos perturbadores, prestar al yo del paciente la fuerza y capacidad de contención del terapeuta para que, de esta forma, intente manejar las tensiones internas, ofrecer alternativas de gratificación y de comportamiento, reactivar los aspectos positivos y sanos que existen en el paciente, enseñar nuevos modelos y pautas de comportamiento mental, etc. En realidad, la mayor parte de las técnicas de psicoterapia de apoyo se basan, en uno u otro aspecto, en las ideas y descubrimientos del psicoanálisis aun cuando no lo hagan de forma explícita, e incluso cuando, expresamente, abjuran de él. Sin embargo, las diferencias, tanto en el orden teórico como en el metodológico, son suficientemente intensas como para que deban considerarse como dos grupos totalmente separados. Por tanto, podemos considerar como psicoterapias de apoyo aquellas que, a través de uno u otro

procedimiento, se dirigen a reforzar las defensas contra el conflicto, en oposición a la p. p., la cual analiza las defensas como una forma de conseguir que las fuerzas psíquicas en conflicto puedan ser puestas a disposición del yo (Gill, M., 1951).

2.3. Instrumentos técnicos y principios terapéuticos en psicoterapia

Las diferencias entre las psicoterapias de apoyo y la p. p. pueden, también, quedar más claramente delimitadas si partiendo de la idea de que existen seis instrumentos técnicos en la relación psicoterapéutica trazamos una línea divisoria entre ellos, de forma que uno de los grupos estará constituido por aquellos instrumentos técnicos utilizados por las psicoterapias de apoyo, mientras que el otro estará formado por aquellos cuya utilización corresponde a la p. p. (Bribing, E., 1937). Por otra parte, estos seis principios presentan, entre ellos, una gradación progresiva en lo que concierne a un conocimiento y concienciación, por parte del paciente, de la propia situación, de su conflictiva intrapsíquica y de los procesos inconscientes que se hallan en la base de sus trastornos. Esta toma de conciencia es nula en el primero de los términos que a continuación describiré y máxima en el último. Podemos denominar estos instrumentos: sugestión; abreacción; aconsejamiento; confrontación; clarificación e interpretación. Los tres primeros pertenecen, claramente, a las técnicas de apoyo. El cuarto representa un punto de transición entre éstas y la p. p. aun cuando en mi opinión pertenece más propiamente a la última, motivo por el cual lo describiré más ampliamente en capítulos posteriores. El quinto corresponde más de lleno a la p. p. y el sexto es exclusivo de ella. Creo interesante una breve exposición de cada uno de ellos, a fin de conseguir una más precisa distinción entre las psicoterapias de apoyo y la p. p., advirtiendo que seré más conciso, aún, en lo que se refiere a los tres últimos, puesto que volveré sobre ellos más adelante.

a) Sugestión

El término sugestión se refiere al procedimiento técnico que trata de producir en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento, o, por el contrario, hacer desaparecer otras ideas, etc., independientemente del juicio lógico y racional de aquél, amparándose, únicamente, en el prestigio y autoridad que ante él posee el terapeuta. La sugestión puede ser directa, como es en el caso de la hipnosis, por ejemplo, o aquella en la que se espera que el paciente confíe ciegamente en las razones y órdenes del terapeuta, e indirecta, que es cuando se ampara en otros procedimientos tales como utilización de fármacos, de corrientes eléctricas de algún tipo, etc., cuya única finalidad estriba en introducir la sugestión de una forma más inaparente para el sujeto. La sugestión pre-

tende provocar un cambio directo, como pueden ser la desaparición de los síntomas que aqueja al paciente y de formas de comportamiento indeseables, o bien la aparición de sentimientos, conductas, pensamientos, etc., que se consideran beneficiosos. La sugestión se utiliza, también, para tratar de facilitar la adaptación del sujeto a la realidad, ayudarle a tolerar ansiedad o alguna clase de dolor; animarlo a luchar contra sus dificultades y tratar de hallar nuevas soluciones, etc.

b) *Abreacción*

La abreacción, como técnica, consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos y circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a los mismos. L. Eidelberg (1973) la define como el proceso de descarga de emociones bloqueadas, mediante la evocación y verbalización de recuerdos reprimidos. Sin embargo, aun cuando ésta fuera la intencionalidad de Breuer y Freud en sus primeros trabajos con pacientes histéricos, en los que atribuyeron la eficacia de su tratamiento a la liberación de los afectos previamente retenidos, creo que, tal como se utiliza en la actualidad, podemos ampliar esta definición haciéndola extensiva a aquellas emociones que son perfectamente conocidas y conscientes por parte del paciente, pero cuya expresión debe quedar habitualmente bloqueada a causa de las reglas sociales y formas usuales en el trato convencional. El proceso terapéutico de la abreacción puede dividirse en tres etapas. En la primera de ellas, se produce la verbalización de ideas y pensamientos que se hallan ligados a las emociones bloqueadas o reprimidas. A través de la descarga lograda, se entra en la segunda etapa, que consiste en el gradual debilitamiento emocional de las ideas y pensamientos antes citados. En la tercera etapa se consigue un reajuste y adaptación de tales procesos mentales, los cuales se han hecho más manejables y menos ansiógenos al quedar desprovistos del fuerte revestimiento afectivo que antes los caracterizaba.

Usualmente se considera que la abreacción posee un innegable valor en el tratamiento de trastornos emocionales agudos como las neurosis de guerra, reacciones de pánico ante situaciones catastróficas, reacciones depresivas consecutivas a pérdidas o duelos, etc. También en los casos en los que existe un conflicto emocional crónicamente retenido y no adecuadamente elaborado, etc.

Si nos preguntamos acerca del mecanismo terapéutico de la abreacción, fácilmente podemos llegar a la conclusión de que intervienen en ella otros mecanismos además de la estricta descarga emocional por la que la definimos. A través de la verbalización de sentimientos, pensamientos, impulsos, fantasías, ansiedades, etc., el paciente puede realizar un intento de «ver» sus conflictos desde nuevas perspectivas, así como de manejar las emociones de una forma más comunicativa. También aprende, gracias

a la libre expresión de sus afectos, a tolerarlos sin que se produzca un monto de ansiedad perturbadora. A la vez, el hecho mismo de expresar los conflictos y hallar en el terapeuta una actitud de comprensión no judicativa ni condenatoria presupone un alivio para la persona que se halla atormentada por aquéllos. El esfuerzo para explicar, detallar, hacer comprensible al terapeuta, etc., los propios sentimientos e ideas facilita la tarea de elaboración e integración por parte del yo.

c) *Aconsejamiento*

Se mezcla con la sugestión. El terapeuta ofrece indicaciones acerca de nuevas pautas de conducta, alternativas, maneras de resolver situaciones difíciles, caminos a seguir, etc.

d) *Confrontación*

En las confrontaciones el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquél puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas a las mismas. Con frecuencia, la confrontación ha de utilizarse para mostrar al paciente la existencia de contradicciones, más o menos flagrantes o encubiertas, en el interior de su comunicación verbal, o entre ésta y su comportamiento, o entre distintas formas de comportamiento. Al dirigir la atención del paciente hacia sus propias palabras o su comportamiento, el terapeuta promueve en aquél la capacidad para disociar una parte de su yo a fin de que, distanciándose de la vivencia inmediata, sea capaz de observar y enjuiciar con cierto grado de objetividad. Por tanto, la confrontación es, también, una forma de enseñar al paciente a trabajar en psicoterapia, es decir, a esforzarse por lograr un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones, de sus sentimientos, de sus respuestas frente a los estímulos, tanto externos, como internos, de sus formas de relacionarse con los otros, etc. Ahora bien, lo específico de la confrontación estriba en que aquellos pensamientos, sentimientos, ideas, actitudes, etc. de que se ocupa son de naturaleza consciente o preconsciente, de forma que en ella, a diferencia de lo que ocurre en la interpretación, el terapeuta no revela al paciente nada que éste desconozca por completo, pero le estimula a reflexionar, desde distintas perspectivas, acerca de fragmentos de sus pensamientos o

de su comportamiento que permanecían negligidos o considerados, únicamente, bajo un aspecto parcial y limitado. La confrontación es utilizada también en p. p. como un agente auxiliar de la clarificación e interpretación. Las preguntas que el terapeuta debe dirigir al paciente quedan incluidas dentro de la confrontación, puesto que a través de ellas se subraya lo omitido, poco detallado u olvidado.

e) Clarificación

La clarificación es utilizada siempre que, aun sin pretender llevar al conocimiento del paciente su inconsciente, si se intenta que éste adquiera el máximo conocimiento de sí mismo en lo que se refiere a los niveles consciente y preconsciente de su personalidad. Se trata, por tanto, de un instrumento técnico muy apropiado para la p. p., en la que el objetivo a alcanzar se centra en dotar al yo de mayores posibilidades para el ejercicio de sus funciones y de fortalecerlo a través del trabajo de observación y elaboración que se le demanda. La clarificación es también utilizada abundantemente en la p. p., como un paso de transición para llegar a la interpretación.

El término de clarificación fue introducido por Carl R. Rogers (1942). En la clarificación, el terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento, a fin de obtener una más precisa comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuestas frente al mundo en el cual vive. Técnicamente, el terapeuta, en su intento de clarificación, resume de una forma más exacta e inteligible aquello que considera esencial del material ofrecido por el paciente, tanto en lo que se refiere al aspecto descriptivo como a los sentimientos que le acompañan, despojando a la comunicación de aquellos elementos periféricos que más bien contribuyen a enmascarar y oscurecer el verdadero sentido de la misma. De alguna manera, es como si el terapeuta realizara una elaboración mental de la comunicación del paciente, de manera que se la devuelve con palabras más comprensibles, liberada de componentes accesorios o circunstanciales que pueden esconder o distorsionar su significado y, al mismo tiempo, atemperada en sus aspectos ansiógenos y hecha más tolerable. En este sentido, la clarificación se relaciona con la capacidad materna de réverie ya citada anteriormente, a través de la cual la madre comprende el mensaje que le transmite el lactante y, eliminando la ansiedad y los sentimientos terroríficos que pueden ir implícitos en él, se lo retorna de forma que el bebé pueda retomarlo y asumirlo sin sentirse desorganizado por tales sentimientos.

La clarificación, por tanto, no se refiere a procesos inconscientes, sino conscientes y preconscientes, no suficientemente conocidos por el paciente, pero que éste puede, por sí mismo, experimentar como propios

cuando dirige su atención sobre ellos. Se trata de sentimientos, actitudes, impulsos, ideas, etc., acerca de los cuales tiene un ligero y vago conocimiento, pero sin poder precisarlos con exactitud, sin establecer las relaciones adecuadas entre ellos, sin vincularlos a las molestias o dificultades que le aquejan, sin ser capaz de calibrar adecuadamente su importancia y significado en el conjunto de su situación, etc. La clarificación intenta delimitar netamente lo que se percibe borroso, perfilar aquello que se encuentra indiferenciado, ligar y conexas lo que se presenta aislado.

El terapeuta clarifica, por ejemplo, cuando advierte a un paciente los escondidos sentimientos de rivalidad y envidia que pueden esconderse tras unas frases de aparente elogio hacia un compañero, o cuando le advierte que la punzante culpa de la que intenta defenderse a través de una justificación a primera vista trivial, o cuando le muestra la ansiedad que intenta negar con ocurrencias jocosas acerca de alguna circunstancia de su vida, o cuando le pone de manifiesto la vehemente demanda de ayuda que expresa detrás de algunas quejas y protestas acerca de lo poco que obtiene del tratamiento, etc. A veces clarifica, también, cuando, con un simple y esencial resumen de aquello que el paciente relata acerca de su vida real, pone de relieve, ante él, cuán profundamente afectado y herido puede sentirse por un hecho que él mismo consideraba carente de toda trascendencia.

En la técnica de la clarificación se excluye cualquier referencia a procesos que se suponen inconscientes y que el paciente no puede, por tanto, llegar a conocer por sí mismo, tratándose, únicamente, de material psíquico turbio y no adecuadamente definido, consciente o preconsciente, acerca del cual el sujeto habla a nivel descriptivo o fenomenológico. Por tanto, la clarificación no halla resistencia, en el sentido clásico del término, frente a la toma de conciencia de estados psíquicos inconscientes, sino, tan sólo, resistencia, en un sentido amplio, a aceptar plenamente y con todas sus consecuencias determinadas actitudes o sentimientos que, aun cuando de forma poco precisa y delimitada, eran ya conocidos por el paciente. Como contrapartida, la posibilidad de reflexionar acerca de los propios conflictos y dificultades desde una perspectiva más nítida y diferenciada, por una parte, y sin el escape de racionalizaciones oscurecedoras y propicias al autoengaño, por otra, da lugar a que el paciente pueda adoptar actitudes coherentes y hallar soluciones beneficiosas para su adaptación a la realidad externa y más favorecedoras para su salud mental. Ciertamente es que los conflictos intrapsíquicos no son resueltos a través de este procedimiento técnico, pero pueden ser vistos desde una nueva perspectiva que permita al paciente liberarse, hasta cierto punto, de los efectos perniciosos de los mismos sobre el conjunto de su personalidad.

clarificación y
réverie

1) Interpretación

La interpretación es el instrumento específico de la p. p., por más que, como ya he dicho anteriormente, la confrontación y la clarificación son también utilizadas.

La interpretación, psicoanalíticamente hablando, se refiere únicamente a los procesos psíquicos inconscientes, siendo su objetivo ponerlos al descubierto ante el paciente, quien, hasta el momento, sólo conocía los derivados o manifestaciones conscientes de estos procesos a través de los síntomas perturbadores, dificultades en la relación interpersonal, trastornos de la sexualidad, ansiedades, etc. Por tanto, la interpretación va más allá del nivel fenomenológico y descriptivo. Partiendo de la comunicación del paciente, el terapeuta trata de explicar a éste aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales. El conocimiento de los propios procesos psíquicos obtenido a través de la interpretación es denominado *insight*, término éste que, literalmente, significa «ver hacia adentro». El término *insight* se ha hecho universal en la literatura psicoanalítica y psicoterapéutica; motivo por el cual se utiliza en todas las lenguas. La clarificación introduce un mayor grado de objetivación en la situación conflictiva, lo cual facilita la actividad de una parte del yo que podemos llamar el yo observador. La interpretación, por su parte, precipita un proceso mucho más complejo, con reactivación de las resistencias que se oponen a la concienciación del material reprimido, por un lado, y el reconocimiento de aquello que se ocultaba tras los derivados conscientes, con la consecuente reorganización de la experiencia inmediata a través de la relación transferencial con el terapeuta, por otro. Sin embargo, en muchas ocasiones, clarificación e interpretación pueden marchar estrechamente unidas e incluso llegar a indiferenciarse la una de la otra en el curso de una p. p. En conjunto, lo que sí es evidente es que, muy frecuentemente, la clarificación precede a la interpretación y prepara el camino para ésta.

Estamos ahora en condiciones de precisar mejor algunos conceptos en relación a estas cuestiones. El término agente curativo o terapéutico señala aquellos procesos y desarrollos psíquicos que son producidos por los instrumentos técnicos y que dan, como resultado, la mejoría que se pretende obtener. Así, por ejemplo, la técnica de la clarificación da lugar a un mejor discernimiento de las situaciones circundantes y de los propios impulsos y sentimientos, mientras que la técnica de la abreacción produce cierto grado de tranquilización a través de la descarga tensional que ella origina. La integración de los instrumentos técnicos y los agentes curativos da lugar a lo que podemos denominar principios terapéuticos de la psicoterapia.

Cada uno de los principios terapéuticos aspira a una peculiar meta. La sugestión pretende alcanzar un cambio sintomático, a través de la

influencia personal del terapeuta frente al paciente, de manera que éste, consciente e inconscientemente, acepte modificar algunos de sus síntomas y pautas de comportamiento para, de alguna manera, someterse al terapeuta y adoptar el modelo que éste le presenta. La abreacción intenta un alivio de la tensión emocional a través de la descarga de los afectos; alivio que, en muchas ocasiones, dará lugar a una mejor disposición del ánimo para el aprovechamiento de otros principios terapéuticos. La confrontación plantea al paciente opciones, alternativas, posibilidades, etc., no vistas hasta el momento, tanto externas como internas, focaliza la atención acerca de omisiones, contradicciones, distorsiones, etc., en el discurso del paciente y, en su conjunto, amplía considerablemente la visión de la realidad. La clarificación se propone un mayor conocimiento de todos aquellos aspectos del propio *self* y su funcionamiento que, sin ser inconscientes, pueden pasar inadvertidos o confusamente advertidos por parte del paciente. La interpretación, a su vez, hace posible al yo del paciente tener conocimiento de aquellos conflictos intrapsíquicos que le eran totalmente desconocidos por su naturaleza inconsciente, así como de los mecanismos de defensa que contra ellos empleaba, con la ambición de remover los síntomas y perturbaciones que de ellos se derivaban. Como consecuencia; aspira a promover un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a tales conflictos y, por tanto, inútiles para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad.

Una vez descritos someramente estos principios terapéuticos, creo que podemos entender más exactamente las diferencias entre las psicoterapias de apoyo y la p. p., en virtud de los principios terapéuticos empleados. En las psicoterapias de apoyo la sugestión, aconsejamiento, abreacción y confrontación son los agentes técnicos utilizados y, consecuentemente, los objetivos perseguidos no pueden ser otros que aquellos que con tales medios técnicos pueden obtenerse. La interpretación es la técnica peculiar, en muchas ocasiones unida a la clarificación y a la confrontación, que caracteriza a la p. p. Sin embargo, también se utilizan, en cierta medida, en la p. p. los otros instrumentos técnicos, pero siempre en forma jerárquicamente estructurada, es decir, al servicio de la interpretación y clarificación.

Lo dicho hasta el momento nos permite, al mismo tiempo, formarnos una idea de las indicaciones correspondientes a las distintas variedades de psicoterapia. No es mi objetivo referirme a las indicaciones que conciernen a las psicoterapias de apoyo, puesto que mi atención quedará centrada, de ahora en adelante, en la p. p., aun cuando fácilmente podemos darnos cuenta de que, dada una necesidad de ayuda psicológica, serán tributarios de una psicoterapia de apoyo todos aquellos individuos cuya estructura mental o cuyas motivaciones no posibiliten la práctica de la p. p.

La p. p. es, por tanto, el tratamiento psicológico apropiado para sujetos que voluntariamente desean mejorar su estado psíquico y su fun-

cionamiento mental, ya sea para verse libres de síntomas y molestias tales como inhibiciones, ansiedad, fobias, compulsiones, trastornos de la sexualidad, etc., ya sea simplemente para lograr un mayor aprovechamiento de sus aptitudes y posibilidades de acuerdo con las circunstancias en las que se encuentran. Pero ello, siempre y cuando este deseo parta del supuesto de que son sus propios conflictos intrapsíquicos quienes causan las molestias y sufrimientos que les oprimen y que, a la vez, impiden el adecuado desenvolvimiento de su personalidad y el florecimiento de sus capacidades. Esta voluntariedad, al mismo tiempo, deberá ir unida a un grado suficiente —imposible de precisar con exactitud— de inteligencia, de fuerza del yo, de tolerancia a la ansiedad y de capacidad de colaboración. Más adelante me referiré a las diferencias entre p. p. y psicoanálisis.

2.4. Psicoterapia y cambio

Las interrogaciones acerca de la efectividad de la psicoterapia son constantes. En realidad, la literatura acerca de este asunto concierne siempre a la psicoterapia que, de alguna u otra forma se considera de inspiración psicoanalítica, aunque se utilicen diversas expresiones para designarla, tales como psicoterapia dinámica, psicoterapia comprensiva, psicoterapia expresiva, etc. Parece lógico que así ocurra, puesto que la misma modestia de los objetivos de las otras clases de psicoterapia no da pábulo a que pueda existir la esperanza de modificaciones significativas en la estructura personal y el estado psíquico de los pacientes a quienes se aplican. Por ello, no es posible hablar propiamente del éxito o fracaso del tratamiento en su empeño por promover un desenvolvimiento de la personalidad hacia una mayor salud mental, así como una mayor potenciación de las aptitudes que no han sido desarrolladas. A lo sumo, se podrá considerar —que no es otro su objetivo— una mejoría sintomática, nunca fiable, o la adecuada solución de una situación concreta conflictiva. Es únicamente al situarnos frente a una técnica que pretende resolver los conflictos intrapsíquicos y que, a la vez, intenta estimular un favorable desarrollo de la personalidad, cuando es posible cuestionarse acerca de si esta relación favorable se ha logrado y si, por tanto, la finalidad terapéutica ha fracasado o si ha sido total o parcialmente alcanzada. En general, pues, parece que en la actualidad preocupa poco a los autores la posible eficacia o ineficacia de las terapéuticas sugestivas, directivas, de aconsejamiento, catárticas, etc., pero sí dirigen su atención hacia el problema de si el conjunto de psicoterapias de inspiración analíticas llegan, o no, a las metas que se proponen.

La pregunta, por tanto, es la de si la p. p. cumple su cometido y, en caso afirmativo, de qué manera y con qué clase de pacientes. Esta pregunta plantea, según R.S. Wallerstein (1975), una serie de supuestos básicos que fundamentalmente pueden agruparse en tres:

- 1) La existencia de un criterio de enfermedad psíquica.

- 2) La existencia de un criterio de salud mental e, incluso, de un estado «ideal» de salud mental.

- 3) Posibilidades de medir la mejoría del paciente, es decir, de mensurar la disminución de la distancia existente entre el estado de enfermedad mental de aquél antes de iniciar el tratamiento, y el estado de salud mental «ideal».

No cabe duda de que de los tres criterios mencionados tan sólo podemos acercarnos apenas, con grandes cautelas y limitaciones, al primero de ellos, el cual, pese a fundarse en todo el cuerpo de conocimientos psicopatológicos y dinámicos, no se halla, ni mucho menos, inmune a críticas, como puede ser la de que aquello que es considerado patológico en una cultura se juzga aceptable y «sano» en otra. Por otro lado, las teorías y puntos de vista acerca de qué es aquello que define la salud mental, o cuáles son los rasgos que debemos considerar como característicos de ésta, se nos muestran inciertos y siempre sujetos a controversias. Tanto los criterios de salud mental como de enfermedad han sido ampliamente debatidos, sin que, por el momento, se haya llegado a un acuerdo satisfactorio para todos, y sin que, por ahora, se vislumbre la posibilidad de que tal acuerdo se alcance. Lo que sí es totalmente evidente es que la salud mental no puede reducirse a la ausencia de síntomas ni a una norma estadística. Tampoco la adaptación al mundo externo nos dice mucho acerca de la salud mental de un individuo, puesto que la experiencia ha mostrado sobradamente que, con frecuencia, tal adaptación es, precisamente, el resultado de determinados rasgos patológicos que llegan a mantenerse en un estado de relativo equilibrio gracias a los efectos compensatorios, o, por el contrario, encubridores, por parte del medio ambiente. Así, por ejemplo, la frigidez sexual favorecerá la adaptación del sujeto obligado a vivir en un medio cultural en el que se considere la supresión de toda actividad sexual como un objetivo altamente valioso. H. Hartmann (1939) considera que las maniobras y funciones del yo destinados a alcanzar la adaptación constituyen la piedra angular de la salud mental. E. Jones (1942) establece tres criterios fundamentales en orden a enjuiciar la salud mental de un sujeto: a) capacidad para la felicidad; b) adaptación a la realidad y c) eficiencia, considerando la capacidad para ser feliz como el punto de mayor importancia en cuanto al juicio que debe merecernos la salud mental de los seres humanos. Por eficiencia entiende la posibilidad de dirigir las energías físicas y mentales de que se dispone hacia la consecución de una meta. Al hablar de adaptación se refiere a la capacidad de relación psíquica con los individuos que componen el mundo circundante y social de cada uno. Resume sus puntos de vista expresando que el problema de la salud mental o normalidad reside, en última instancia, en la capacidad para mantener los deseos en suspensión o aplazamiento, sin renunciar a ellos y sin reaccionar contra ellos de forma defensiva.

M. Jahoda (1958), en un esfuerzo por ofrecer una perspectiva novedosa, abandona el empeño por presentar «aquello» que debe entenderse

como salud mental, y trata de fijar unos criterios de evaluación, a partir de los cuales pueda intentarse enjuiciarse el estado psíquico de un individuo. Éstos son:

- 1) Las actitudes de los individuos hacia su propio self.
- 2) El estilo, grado de crecimiento y actualización del self propios de cada individuo.
- 3) La integración de la personalidad como una síntesis central de las funciones psicológicas.
- 4) El grado de autonomía, self-determinación e independencia.
- 5) La adecuación de la percepción de la realidad.
- 6) El grado de dominio sobre el medio ambiente.

M. Jahoda plantea, crudamente, el problema de los valores como algo que, fatalmente, enturbia y dificulta cualquier empeño por conceptualizar la salud mental. Cuando se pretende delimitar ésta, es prácticamente inevitable considerar que aquellos atributos que le son propios son «buenos»; pero entonces surge, desafiante, la pregunta: ¿buenos para qué?, ¿buenos en términos de la ética dominante?, ¿buenos para la continuación del statu quo social?, ¿buenos para la humanidad?, ¿buenos para la felicidad individual?, ¿buenos para la supervivencia?, ¿para la continuación de la especie?, ¿buenos para la mediocre adaptación a las circunstancias sociales envolventes?, ¿buenos para el genio y la creatividad?, etc. Con desesperanza nos damos cuenta de que tampoco habrá forma de ponernos de acuerdo acerca de la supuesta bondad de los rasgos que, supuestamente, han de configurar la salud mental.

Por mi parte, y como ya he manifestado en otra ocasión (Coderch, J., 1975), creo que la salud mental depende de la capacidad de manejar adecuadamente los procesos psíquicos inconscientes. En el lenguaje psicoanalítico el término «fantasía» significa el contenido mental inconsciente, que puede hacerse consciente o no. Ahora bien, la investigación psicoanalítica nos ha enseñado que todos los procesos mentales son, en un principio, inconscientes, y sólo alguno de ellos, en un determinado momento, se hacen conscientes. Cuanto mayor sea el grado de conocimiento que tenga el yo acerca de todos los procesos psíquicos, mayores serán las probabilidades de que alcance a lograr una buena adaptación de sus deseos y necesidades a la realidad externa, así como un armonioso diálogo del yo con los objetos internalizados y de éstos entre sí. Por ello, y de acuerdo con S. Isaacs (1952), considero que el grado de salud mental depende de la capacidad para conocer las fantasías mentales inconscientes, y de cómo son elaboradas éstas por el yo para intentar obtener una integración y satisfacción de los deseos implícitos en ellas. Así mismo, depende, también, del trato que mantengan los objetos internos entre sí y entre éstos y el yo. Siguiendo esta línea de pensamiento, el ser humano gozará de tanta mejor salud mental cuanto menor sea la discontinuidad existente entre los niveles de funcionamiento consciente e inconsciente de su vida psíquica. Esta menor discontinuidad, a su vez, da lugar a una más pequeña necesidad de utilizar mecanismos defensivos de disocia-

ción, negación, aislamiento, etc. Al mismo tiempo, la escasa separación consciente - inconsciente, así como la interrelación entre el yo y los objetos internos, favorece la posibilidad de una gratificación satisfactoria de los impulsos dentro de las circunstancias reales que enmarcan la vida del sujeto. Desde este punto de vista, no debe entenderse, ni mucho menos, que la presencia de una buena salud mental garantice la ausencia de conflictos. Por el contrario, en muchas ocasiones dicha ausencia podría ser índice de una escasa salud mental, como puede ocurrir en los casos de excesivo conformismo a las presiones ambientales, o en aquellos sujetos en los que una casi total carencia de tensiones internas revela un apagamiento de los impulsos de vida y, por tanto, de las tendencias al desarrollo, expansión y crecimiento, con predominio de los mecanismos represores y disociativos bajo la imposición de los impulsos de muerte. Lo que distingue, por tanto, al sujeto mentalmente sano no es la ausencia de conflictos, externos o intrapsíquicos, sino la capacidad de afrontar unos y otros, y de resolverlos de manera tal que sean las pulsiones libidinales de amor y crecimiento quienes regulen el comportamiento y adaptación, o, en su caso, la lucha contra las circunstancias que se oponen al desenvolvimiento y a la vida.

Creo que las reflexiones precedentes han cumplido la misión de poner en evidencia las dificultades insalvables que se nos presentan cuando, para evaluar la eficacia de la p. p., pretendemos ceñirnos a la cuestión de si el sujeto sometido a ella ha obtenido, o no, un logro significativo en lo que concierne a su estado de salud mental. Para ello, deberíamos poseer unos criterios de enfermedad, de salud mental y acerca de qué cosa puede ser un estado «ideal» de salud mental, de los que, infortunadamente, carecemos. De esto se sigue que, si no podemos apoyarnos en la calibración de una supuesta mejoría ni en la obtención de un mayor grado de salud mental, debemos hacerlo en algo menos sujeto a disparidad de opiniones y, especialmente, más alejado de la escala de valores que va implícito en todo juicio acerca de la mitigación de los trastornos psíquicos y del nivel de salud mental.

Por ello considero que, para tener en cuenta los efectos conseguidos a través del proceso psicoterapéutico, no es a la posible «mejoría» a la que hemos de referirnos, sino, más simplemente, a los cambios que se han producido en el paciente desde el inicio de aquél hasta el momento en el que pretendemos enjuiciar el camino recorrido. Ahora bien, sería engañarnos creer que con esto hemos soslayado por completo el problema de los valores, ya que éste, como antes he dicho, acecha en todo momento los esfuerzos por delimitar lo que debemos entender por enfermedad psíquica, salud mental, progreso, etc. Y ello porque, en última instancia, siempre será una cuestión personal y subjetiva, del paciente y del terapeuta, el decidir si los cambios que han tenido lugar deben considerarse, o no, como beneficiosos para el primero.

Para la estimación de los cambios producidos por el proceso terapéutico, así como de la manera en que éstos pueden ser puestos de relieve,

nos será de gran utilidad la distinción que realiza R.S. Wallerstein (1975) entre variables terapéuticas y variables situacionales. Las variables terapéuticas están constituidas por las modificaciones controladas y reversibles en la técnica del tratamiento (parámetros), las intervenciones del terapeuta, el clima general que envuelve el intercambio paciente - terapeuta, etc. Las variables situacionales comprenden aquellos factores y rasgos con sentido específico dentro de la vida del paciente y que, en interacción con las variables terapéuticas, determinan el curso y evolución del tratamiento. Estas variables situacionales no sólo influyen en el planteamiento y resultado del proceso terapéutico sino que, a su vez, ellas mismas se ven afectadas por éste y son susceptibles de ofrecer un índice del cambio en el conjunto de la vida del paciente.

Sin embargo, como acabo de decir, no podemos pretender que tanto la selección de variables situacionales como nuestra manera de considerar el cambio que éstas han experimentado se hallen libres de la escala de valores que ambos, paciente y terapeuta, utilizan. Pongamos, por ejemplo, la variable motivación para el tratamiento. Es indudable que es una de las más importantes variables situacionales que todo terapeuta considerará en el momento de iniciar un proceso terapéutico. Y es también indudable que es una de las variables que con mayor claridad pueden mostrar un cambio en el curso de éste. Pues bien, aunque a todo terapeuta le parece evidente que una buena motivación es más favorable para el curso del tratamiento que una ausencia de motivación, y que constituye un índice positivo acerca de la marcha del tratamiento el hecho de que un paciente que haya comenzado éste escasamente motivado muestre, con el tiempo, una intensificación de sus motivaciones, todo ello no deja de ser, por más que nos duela, una cuestión de valores. Y es así mismo, en términos de valores, como el paciente enjuicia aquello que la psicoterapia ha realizado para él, y es en término de valores como la sociedad —representada por aquellos que, de alguna forma, conviven con el paciente— enjuiciará los cambios que en éste se presenten. Es decir, de ninguna manera, aun cuando prescindamos de los conceptos de enfermedad, salud mental, mejoría, etc., podemos olvidar la realidad de que la psicoterapia es, siempre, algo que se mueve dentro de una escala de valores, sean éstos culturales, sociales, psicológicos o personales. Cuando, en lugar de mejoría o de mayor o menor salud mental, hablamos de cambios, intentamos objetivar y precisar con más exactitud y, especialmente, en un nivel más psicodinámico, aquello que la psicoterapia hace para el paciente.

Sentada esta insoslayable premisa y admitida nuestra imposibilidad de desprendernos de una omnipresente actitud valorativa, podemos concentrarnos, al pretender enjuiciar cómo ha actuado la psicoterapia en un determinado paciente, sobre tres puntos:

1) Qué cambios han tenido lugar en las variables relativas a las funciones interpersonales e intrapersonales. Las primeras: dependencia, autonomía, agresividad, sexualidad, relaciones laborales, familiares, socia-

les, amistad, etc. Las segundas: ansiedad, sentimiento de descontento o de satisfacción y aceptación frente a sí mismo, sentimientos de culpabilidad, posibilidades de programación de las propias actividades, sentimiento de libertad interna, fobias, obsesiones, etc.

2) De qué manera se han producido estos cambios.

3) Cómo influyen en la situación general del paciente.

Es evidente que estas variables no son objetivamente verificables en el sentido usual de la palabra, sino que son, más bien, abstracciones y construcciones acerca de las funciones intrapsíquicas y de sus efectos dentro del sentido general de unas pautas de conducta observables. Esta comprobación corre a cargo, al unísono, del observador-terapeuta, que es un observador participante en el proceso, de todos aquellos que conviven con el sujeto y, a la vez, del propio paciente. Con esto último introducimos, al mismo tiempo, otras dos variables, emparentadas entre sí aunque no idénticas: la capacidad de introspección y la capacidad de *insight*. En cuanto a esta última creo que, desde el punto de vista psicoanalítico, su intensificación —o aparición de ella, en los casos en que pudiera ser considerada anteriormente nula— constituye la piedra de toque para acreditar lo que ha recibido el paciente de la psicoterapia. Aquellos trabajos que intentan negar los efectos favorables de la psicoterapia, basándose en una evolución sintomatológica supuestamente similar entre grupos de enfermos, unos sometidos a tratamiento psicoterápico y otros carentes de él, olvidan, imperdonablemente, la diferencia que existe entre poseer, en mayor o menor medida, una comprensión atinada del propio acontecimiento psíquico, o estar ciego ante éste y ser movido por las fuerzas psíquicas inconscientes.

2.5. La psicoterapia psicoanalítica como proceso terapéutico

La p. p. proporciona al paciente la posibilidad de una experiencia psíquica única y peculiar, la cual no le puede ser ofrecida por ninguna otra clase de relación, ni profesional ni social, y esta experiencia irreplicable es, precisamente, lo que constituye el proceso terapéutico. A partir de aquí, del concepto de esta experiencia singular, es posible salir al paso de la idea, muy ampliamente extendida, de que la psicoterapia constituye sólo un proceso relacional. Lo realmente cierto es que la psicoterapia se basa en un proceso relacional, pero no es la relación en sí la esencia del proceso terapéutico, sino la experiencia intrasubjetiva a que esta relación da lugar.

El proceso terapéutico está constituido por los acontecimientos específicos que tienen lugar en el curso de la psicoterapia (Paul. I.H., 1978). Se refiere este término, por tanto, a la elaboración mental del paciente y a su experiencia subjetiva cuando explora y expresa sus realidades, tanto internas como externas, y cuando se esfuerza por articular y entender su comportamiento, su *self* y sus fenómenos mentales. Se refiere también a

los fenómenos de introspección, reminiscencia y recopilación, reorganización y reconstrucción. El proceso terapéutico se apoya, fundamentalmente, en la experiencia de la propia individualidad y autonomía, y es también el resultado de las experiencias complementarias de entender y ser entendido. En suma, el proceso terapéutico es una actividad de autoinvestigación, que se dirige a articular, comprender y descubrir. Así, pues, el proceso terapéutico es un proceso mental e intrapsíquico que no debe ser confundido con la relación interpersonal que lo posibilita. Se desarrolla a través de la relación entre terapeuta y paciente, pero tiene lugar dentro del paciente, en su espacio psíquico, de la misma manera que, aun cuando un atleta necesita de un entrenador, las modificaciones físicas y psíquicas conducentes a la adquisición de fuerza, rapidez, resistencia y habilidad se producen en el interior del organismo del primero, sin que quepa confundirlas con la relación establecida entre ambos.

Decir que el proceso terapéutico es un hecho intrapsíquico equivale a significar que es conocido por el sujeto en forma de experiencia interna, en términos de pensamientos, emociones, fantasías y sentido de la propia individualidad. Es evidente que, desde el exterior, esta experiencia subjetiva no es estrictamente observable, sino solamente inferible, como ocurre con cualquier otro fenómeno mental. Sin embargo, dentro del campo de la psicoterapia no podemos por menos de considerar que la observación tiene caracteres específicos que la distinguen plenamente de lo que debería caracterarse como observación en el campo de las ciencias físicas, y no creo que hayamos de renunciar a los datos que ella nos proporciona, por más que nuestras suposiciones sobre el funcionamiento mental sean solamente inferidas. Pese a que el psicoterapeuta no pueda contemplar el área intrapsíquica de sus pacientes con el mismo rigor que el investigador observa su experimento en el reino de las ciencias físicas, no por ello puede desdenarse la validez de sus deducciones. Éstas son las que le permitirán tener un conocimiento, siempre susceptible de error, de lo que está ocurriendo en la mente del sujeto, es decir, del curso y desarrollo del proceso terapéutico. A la vez, esto pone ante nuestros ojos que un rasgo característico de la p. p. es el de que la atención e interés del terapeuta se centra, precisamente, en el acontecer intrasubjetivo del paciente. No se trata de que el terapeuta permanezca frío e insensible ante el comportamiento del enfermo, sino que intenta comprender tal comportamiento y acciones con el fin de averiguar los procesos psíquicos que los motivan y, así, poder ofrecer a aquél una explicación acerca del por qué se conduce, precisamente, de esta o aquella manera. Pero no es por el comportamiento externo en sí mismo por lo que se interesa el terapeuta, sino únicamente como manifestación de la vida intrapsíquica que desea comprender. En este sentido podemos decir que la p. p. es básicamente investigadora. El comportamiento es objeto de estudio y reflexión, pero no es llevado a la práctica; los acontecimientos son examinados a distancia; la metodología permanece siempre fenoménica y mental. La puesta en marcha y desarrollo del proceso terapéutico obliga al terapeuta a

mostrar claramente al paciente que uno y otro aceptan la realidad de la experiencia intrapsíquica, y que en ella reside el foco de interés fundamental. La misión básica del terapeuta es la de observar, comprender el funcionamiento mental del paciente y hacerle partícipe de dicha comprensión.

La p. p. puede ser calificada, y propiamente la denominan así muchos autores, como una psicoterapia «descubridora». Toda su tarea se centra alrededor de un objetivo: descubrir y explicar, obtener mayor comprensión y nuevos conocimientos. El término descubrir, aplicado a la p. p. se refiere, en primer lugar, al hecho de llegar a conocer algo que ya existía pero que estaba escondido. Por tanto, sacar a la luz ideas, impulsos, etc., que hasta el momento permanecían inconscientes forma parte de este proceso de descubrir. Pero este sentido queda incluido dentro de lo que podríamos llamar un primer significado del término descubrir. Hay otros aspectos en el descubrir psicoterapéutico, ya que éste incluye también una nueva forma de comprender acontecimientos que ya eran anteriormente conocidos. Es decir, lo que es puesto de relieve es lo que podemos llamar el principio organizador, con lo cual se amplía el conocimiento de interconexiones entre distintos sucesos, de relaciones de causa - efecto, de nuevos sentidos y significados, etc. El acto de descubrir incluye, también, la reunificación de elementos psíquicos y de comportamiento, a veces muy dispersos entre sí, en una nueva, coherente y comprensible estructuración.

2.6. Psicoterapia, aprendizaje y descubrimiento

Resulta de interés tener en cuenta que la utilización del concepto de descubrir, aplicado a la psicoterapia, posee la enorme utilidad de ayudarnos a diferenciar el proceso terapéutico de los fenómenos de aprendizaje que, aun cuando intervienen en ella, no forman parte de su núcleo esencial. Creo conveniente que nos detengamos a reflexionar acerca de algunas de las relaciones entre aprendizaje y p. p., dado que una actitud excesivamente pragmática y simplificadora ha llevado, con frecuencia, a considerar que toda psicoterapia es un método de aprendizaje. Sin embargo, aun cuando esto no sea así, en mi opinión existen íntimas vinculaciones entre el proceso terapéutico y el aprendizaje. Es necesario conocer éstas para poder establecer las diferencias.

Todo aprendizaje presupone un cambio, o posibilidades de cambio, en el comportamiento del sujeto, y, en este sentido, p. p. y aprendizaje se hallan emparentados, dado que también la primera se halla dirigida a promover un cambio en el sujeto. Pero, a no ser que utilizemos el término cambio de una forma totalmente indiscriminada y sin atender a las vías a través de las cuales llega aquél a producirse, hemos de distinguir cuidadosamente una de otro. La p. p. obtiene un cambio en el sujeto merced a un proceso de reorganización mental, al que se llega a través de

la relación con el terapeuta y en cuya base se encuentra el descubrimiento de fantasías, sentimientos, deseos, significados, etc., que hasta el momento eran desconocidos para el sujeto. Es cierto que esta reorganización de la experiencia permite, como consecuencia, aprender nuevas formas de comportamiento frente a uno mismo y frente al mundo circundante, pero se trata de un aprendizaje derivado de un primer cambio, sin que este aprendizaje constituya, en sí mismo, el cambio esencial. Por tanto, si el término aprendizaje es apropiado para referirnos a la adquisición de conocimientos y habilidades, el de descubrimiento lo es para señalar el desvelamiento de nuevos significados, a consecuencia de los cuales la experiencia personal se reorganiza.

Un ejemplo puede ayudarnos a establecer una distinción entre descubrimiento y aprendizaje. Alguien está estudiando una cultura que, hasta el momento, le era desconocida. Debe aprender el idioma, con sus palabras, sus reglas gramaticales, las peculiaridades de construcción lingüística. También los hechos históricos, las características raciales de los pueblos que la componen, las realizaciones artísticas y literarias, etc. A través de la asimilación de importantes masas de datos, llega a convertirse en un erudito de dicha cultura. Pero no cabe duda de que un cerebro electrónico podría también asimilar esta masa de datos y ofrecerla al estudioso en el momento en que le sea solicitada. Pero hay algo más que el investigador de una cultura determinada puede alcanzar y a lo que nunca llegará el cerebro electrónico. Puede ser capaz de reconocer el espíritu de dicha cultura, el tono emocional de sus actividades artísticas, el significado de su música, la fuerza oculta que ha guiado el curso de su historia, el sentido de sus creencias religiosas, la belleza que se esconde en su poesía, etc. De la misma manera, el paciente y el psicoterapeuta pueden descubrir, que no aprender, cómo una específica forma de comportamiento es la expresión de determinada fantasía hasta el momento inconsciente, de qué manera las ansiedades de la infancia se hallan vigentes en el presente y condicionan las pautas de relación con el terapeuta y con otras personas del mundo exterior, de qué forma los sentimientos de ser acusado y perseguido derivan de la hostilidad y malevolencia hacia los propios objetos internos, en qué sentido los sentimientos de soledad pueden hallarse vinculados con las pulsiones destructivas contra dichos objetos, etc. Todo lo cual me lleva, de nuevo, a reafirmarme en mi aserción de que el descubrimiento es la pieza clave en el proceso terapéutico de la p. p.

Lo expuesto en los anteriores párrafos conlleva un mensaje práctico, a la par que conceptual, de extraordinaria importancia, ya que pone de relieve que cuando el psicoterapeuta enseña se aparta de la función que propiamente le corresponde como psicoterapeuta. Claro está que, para que se comprenda claramente mi aseveración, he de recordar que estoy hablando, con la excepción de algunas reflexiones preliminares que han precedido, de psicoterapia psicoanalítica. Otra cosa sería si me refiriera a otras formas de psicoterapia, en las cuales el hecho de impartir cierta enseñanza queda incluida dentro de la metodología que se intenta apli-

car. Pero éste no es el caso de la p. p. Lo cual no quiere decir que, en algunos momentos, el psicoterapeuta no pueda evitar ser pedagógico, pero sí que puede y debe no confundir esta actividad con su función esencial de favorecer y estimular el proceso terapéutico propio de la p. p.

De nuevo intentaré ilustrar mis aseveraciones con un ejemplo. Supongamos que un paciente tenga que hablar en público con frecuencia, y que le aquejen, repetidamente, molestias faríngeas, afonías, cansancio exagerado después de sus intervenciones orales, etc., y que todo ello interfiere en su trabajo y aumenta su ansiedad. El terapeuta puede pensar que, por lo menos en parte, ello podría ser aliviado con la utilización de una mejor técnica respiratoria y con la realización y práctica de ejercicios foniátricos prescritos por un especialista, a fin de lograr una adecuada preparación y relajación de los músculos respiratorios y de las cuerdas vocales. Imaginemos que el terapeuta sienta deseos de explicar al paciente la relación entre sus molestias y la utilización de una mala técnica en su locución, así como los beneficios que podría obtener poniéndose en manos de un foniatra. Es evidente que todo ello podría ser muy favorable para un paciente con serias molestias en su trabajo y que, por sí mismo, no es capaz de superar el problema tal vez, simplemente, porque desconoce la existencia de técnicas especializadas para aquellos que precisan de su voz como de un instrumento de trabajo. Hay un solo motivo que se opone a que el terapeuta le hable acerca de esta cuestión pese a los beneficios que ello podría reportarle: que ésta no es su misión como psicoterapeuta, y que el hecho de abandonar su función dañaría gravemente el proceso terapéutico de descubrir.

Podemos ir aún más adelante. Es posible que el terapeuta, por la información que el paciente le proporciona, llegue a darse cuenta de que éste sufre una intensa ansiedad cuando ha de hablar en público, y que esta ansiedad provoca espasmos de los músculos fonadores que dan lugar a una mala utilización de éstos y la consecuente fatiga de los mismos, la cual, a su vez, acentúa el espasmo, etc. Si el psicoterapeuta explica esta situación, de nuevo se apartará de su función estricta, al dar una información teórica al paciente, y se habrá convertido en un enseñante. A lo sumo, podemos considerar que ha ofrecido una interpretación «intelectual», con la cual es posible que el paciente se sienta muy satisfecho, pero que, sin duda, no modificará en absoluto su estructura psíquica, puesto que no habrá contribuido esencialmente al proceso terapéutico. Por el contrario, el paciente puede descubrir algo nuevo si el terapeuta acierta a explicarle, basado en la comunicación que recibe y en la interacción que se establece entre los dos, qué clase de fantasías exhibicionistas, pongamos por caso, y qué temores a la reacción del auditorio ante esta exhibición, se hallan detrás de su ansiedad cuando habla en público. Y si es capaz de vincularle su estilo oratorio, sus peculiaridades de expresión y sus inhibiciones ante tales necesidades exhibicionistas con su propio temor frente a las mismas, y el conjunto de todo ello con sus específicas pautas de relación y experiencias en la sesión, entonces sí que habrá

ayudado al proceso terapéutico y, posiblemente, puesto al paciente en condiciones, una vez aclaradas las fantasías que giran alrededor del acto de hablar en público, de pensar por sí mismo en la conveniencia, o no, de acudir a un experto en foniatría.

Con todo esto no pretendo olvidar que no sólo es inevitable, sino hasta cierto punto necesario, que se produzcan procesos de aprendizaje. Por ejemplo, en pacientes no sofisticados, es menester que se produzca un aprendizaje de cómo trabajar en psicoterapia. Cuando, en las primeras sesiones, el paciente sin ninguna experiencia previa intente iniciar una relación de tipo puramente convencional, será menester que el terapeuta, con sus intervenciones y su actitud, le enseñe la diferencia entre una sesión psicoterapéutica y una conversación habitual, ya que, de antemano, el paciente no tiene por qué saber el método de trabajo al que se ajusta la p. p. No se trata de que el terapeuta deba explicarle dicha metodología, sino que con su propia actitud y con sus palabras, a través de las que intenta comprender y explicar los sentimientos y fantasías que se hallan latentes bajo las manifestaciones aparentes del paciente, éste podrá aprender las diferencias entre uno y otro tipo de relación, así como los beneficios que puede obtener del tratamiento en el que se encuentra comprometido.

2.7. La participación del paciente

Una característica del descubrimiento en p. p. es que no puede ser asumida por el paciente si éste no participa, de alguna forma, en él. Así, por ejemplo, si alguien nos lee una poesía ello es suficiente para darnos cuenta de que este alguien ha aprendido a leer. Pero si el mismo individuo intenta explicar el sentido de la poesía, los atributos en que se funda su calidad poética, lo que ella representa dentro del género literario al que pertenece, cómo se manifiesta en ella la personalidad del poeta, etc., nos será imposible concluir acerca de lo adecuado o inadecuado de sus explicaciones si nosotros mismos no hemos, en alguna medida, descubierto la belleza que en tal obra se encierra y el mensaje que el poeta nos quiso transmitir. En esto también se diferencia el descubrimiento del aprendizaje: el aprendizaje puede ser comprobado desde el exterior, mientras que para apreciar el descubrimiento es necesario participar en él de alguna manera.

Y lo dicho en el párrafo anterior me lleva a uno de los puntos cruciales en p. p. El de que la exploración de la mente como método, y el descubrimiento de nuevos significados y conexiones, como fin, deben ser compartidos por el terapeuta y el paciente. Hablar a un paciente de lo que el psicoterapeuta ha descubierto es totalmente inútil si el primero no es capaz de participar en este hallazgo. Lo contrario, se reduce a una lección acerca de lo que el psicoterapeuta juzga que ocurre en la mente del paciente, sin que tenga, sobre el primero, otro efecto que el de au-

mentar el acervo de sus conocimientos teóricos. Los descubrimientos no son válidos si el paciente no toma parte en ellos. Pero aún hay más que esto, no son enteramente válidos si no sirven para mostrar al paciente que él también, por sí mismo, puede llegar a similares descubrimientos. Esta es la verdadera esencia del proceso terapéutico: la puesta en marcha de la capacidad del paciente para llegar por sí mismo a explorar y conocer aspectos de su acontecer psíquico que, hasta entonces, permanecían ignorados por él. Aquí entra en escena lo que podemos llamar la autonomía del paciente. Creo que el verdadero objetivo de la p. p., y en esto no se diferencia del psicoanálisis en sentido estricto, consiste en estimular y favorecer la autonomía del paciente, para que éste sea capaz de continuar, por sí mismo y una vez haya finalizado el período del tratamiento, una continua labor de exploración y descubrimiento frente a sus propios procesos psíquicos.

Favorecer la autonomía del paciente es, a su vez, alentar el desarrollo del proceso terapéutico. Para lograrlo, el terapeuta se somete a una serie de directrices técnicas. No dirige al paciente bajo ningún aspecto, no enjuicia, no le aconseja, no refuerza ni desanima con sus actitudes, explica o implícitamente, su comportamiento, ni muestra opiniones, preferencias y sentimientos personales. Mantiene una actitud de neutralidad, interés y aceptación. Observa con la única finalidad de investigar, comprender y comunicar al paciente, con sus intervenciones, los resultados de su tarea investigadora. Desde esta óptica, podemos decir que la comprensión y el descubrimiento promueven la independencia del yo y un pleno sentido de auténtica mismidad.

2.8. Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis

2.8.1. Existencia de distintas posturas frente a las relaciones entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis

Para referirse a las técnicas psicoterápicas que derivan, tanto en el aspecto teórico como en el metodológico, del psicoanálisis, los distintos autores utilizan los nombres de psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia dinámica, psicoterapia exploratoria o psicoterapia descubridora. Como ya he dicho anteriormente, prefiero utilizar el término de psicoterapia psicoanalítica, que creo más útil para significar claramente el origen y procedencia de los conocimientos en que se apoya y de los postulados metodológicos que la fundamentan. No es tarea fácil establecer firmemente las diferencias y similitudes entre psicoanálisis y p. p., como tampoco lo es decidir acerca del valor que cabe otorgar a la p. p. frente al que se considera propio del psicoanálisis. Hago esta última afirmación porque ocurre, casi inevitablemente, que cuando los autores que se ocupan de esta cuestión hablan de la validez terapéutica de la p. p. no lo hacen refiriéndose únicamente a ella misma, sino que frecuentemente toman-

do como punto de comparación y como guía el propio psicoanálisis.

Creo que no es arriesgado decir que el camino de la p. p. bordea siempre dos peligros, frente a los cuales ha de procurar mantener un cuidadoso y mesurado equilibrio si no quiere perder su propia individualidad y razón de ser. El primero de ellos es el de intentar seguir a la letra los principios técnicos del psicoanálisis, sin los medios apropiados para ello, ya sea por escasa frecuencia de las sesiones —menos de cuatro por semana—, por falta de preparación del terapeuta o por dificultades motivacionales o de insuficiente capacidad por parte del paciente. En estos casos, la p. p. se convierte en un remedo de psicoanálisis, sin los beneficios de una ni de otro. El segundo de los peligros estriba en que, generalmente por un problema de incompetencia técnica, la p. p. se transforme en una psicoterapia de apoyo, perdiendo las características de proceso descubridor a que antes me he referido. Creo que el punto clave para evitar este escollo, o para caer en él, reside en la utilización y análisis de la transferencia. El abandono completo de la comprensión e interpretación de la transferencia desplaza, más o menos rápidamente, la relación terapéutica hacia una psicoterapia de apoyo. La estimulación de la transferencia y el intento de interpretarla en niveles de relaciones tempranas de objeto, y, aún más, el centrar todas las intervenciones del terapeuta en la interpretación exclusiva del aquí y ahora de la transferencia, convierte la p. p. en un psicoanálisis enmascarado y falso si no se cumple el conjunto de las condiciones necesarias para él. La situación, pues, es la de que nos encontramos con una técnica terapéutica derivada del psicoanálisis, en su doctrina y en su técnica, pero ante la cual hemos de esforzarnos para que, de ninguna manera, se nos convierta en un psicoanálisis rudimentario y distorsionado, ni tampoco en una psicoterapia de apoyo esmaltada con términos psicoanalíticos.

Cuando nos preguntamos acerca de las relaciones que mantienen entre sí p. p. y psicoanálisis, nos encontramos con que gran número de autores niegan a la primera toda capacidad de modificar las estructuras psíquicas, y afirman que todo cambio o mejoría sintomatológica que pueda advertirse en el curso de la misma se debe únicamente a la sugestión. Para sostener esta tesis se apoyan, principalmente, en la célebre declaración de Freud en 1918 en la que advierte que es muy probable que la amplia aplicación de la terapéutica analítica conduzca a mezclar el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa. Podemos considerar a E. Glover (1931) como el más destacado representante de esta actitud frente a la psicoterapia. Su tesis es la de que toda psicoterapia distinta al psicoanálisis correcta y estrictamente aplicado no es otra cosa que sugestión. Las distintas clases de psicoterapia no son otra cosa, según él, que simples variedades de sugestión, dado que descansan todas ellas en elementos que no son totalmente analizados en sus raíces genético-dinámicas. En este sentido, piensa E. Glover que incluso las interpretaciones inexactas realizadas en el curso de un psicoanálisis son sólo sugestionamientos que ofrecen al paciente sustituciones y desplazamientos, no tan inapro-

piados como los síntomas neuróticos, y suficientemente apartados de las fuentes de la ansiedad como para que aquél se sienta inclinado a seguirlos. En el mismo sentido, cree, obraría toda la interpretación «psicoterapéutica».

Otros autores, entre los que se cuentan R.S. Wallerstein (1975), P.H. Dewald (1969), I.H. Paul (1978), L. Wolberg (1967), R. Langs (1978), S. Tarachow (1963), G. Blanck y R. Blanck (1974), D.H. Malan (1963, 1979), etc., juzgan que la p. p. —o psicoterapia dinámica para muchos de ellos— aun cuando derivada del psicoanálisis en su teoría y sus métodos, tiene su propio campo de acción, su técnica específica y sus objetivos propios, y que estos últimos, si bien no tan amplios y ambiciosos como los que pueden alcanzarse en un tratamiento psicoanalítico, poseen unas características que le son peculiares, logran modificaciones significativas en la estructura psíquica y en la conducta, admiten cierto grado de validación y no deben ser confundidos con los efectos de la simple y pura sugestión. Mi opinión coincide plenamente con la de estos autores. De alguna manera, podemos decir que la p. p. se halla en un punto intermedio entre el psicoanálisis y las psicoterapias de apoyo y directivas, sin poder alcanzar las profundas y fundamentales modificaciones del primero, ni limitarse a los resultados, tal vez rápidos, pero únicamente sintomatológicos, superficiales y, con frecuencia, temporales de las segundas. Esta p. p. es practicada, en opinión de M. Gill (1954), por especialistas analíticamente orientados y entrenados. En ella, las metas ocupan una situación intermedia entre la rápida y superficial resolución sintomatológica y los cambios en la estructura psíquica, y las técnicas son, en algún sentido, intermedias: interpretación de la transferencia sin proponerse provocar una neurosis transferencial regresiva; interpretación como principal instrumento del terapeuta, etc. Dentro de esta misma actitud cabría distinguir la opinión de quienes, sin reducir los efectos de la p. p. a la pura sugestión, creen que no sólo no puede alcanzar lo que logra el psicoanálisis, sino que tampoco puede producir modificaciones intrapsíquicas y cambios estructurales del yo, operando, únicamente, a través de persistentes efectos transferenciales y por remodelación de diversas técnicas de defensa, pudiendo ser comprendida tan sólo por contraste y comparación con el psicoanálisis.

Una tercera posición se halla representada por aquellos que no establecen ninguna diferencia entre psicoanálisis y p. p. Para éstos, cualquier tipo de psicoterapia que parta de los postulados psicoanalíticos, que tenga en cuenta las resistencias y que intente manejar de alguna forma la transferencia, es psicoanálisis, sean cuales fueren las variantes metodológicas introducidas y las técnicas empleadas para este manejo de la transferencia. F. Alexander y T. French (1946), así como F. Fromm-Reichmann (1950), son los más conspicuos representantes de esta técnica. Consideran que las modificaciones introducidas son beneficiosas para la técnica psicoanalítica y que cualquier intento de distinción entre psicoanálisis y p. p. es puramente convencional e indeseable.

2.8.2. *Diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica*

No es mi intención discutir ampliamente la tesis de la indistinción entre p. p. y psicoanálisis, a mi entender extraordinariamente nociva para ambas disciplinas, ya que convierte la primera en una caricatura de análisis y rebaja extraordinariamente las posibilidades investigadoras y terapéuticas de este último. Sin embargo, juzgo conveniente desarrollar algunas reflexiones que ayuden a clarificar esta cuestión y a disipar dudas y ambigüedades.

Para atacar de lleno el razonamiento de que no existe diferencia entre psicoanálisis y p. p. me ceñiré a un punto específico, el de que el psicoanálisis es una técnica que provoca el desarrollo de una neurosis regresiva de transferencia que debe ser resuelta únicamente por la interpretación. Gran parte de la metodología analítica se halla específicamente dirigida a favorecer el despliegue de la regresión transferencial: la posición yacente por parte del paciente, con imposibilidad de ver al analista; la estimulación de necesidades que no son satisfechas; la frustración de las pulsiones; la falta de conocimientos acerca de la vida y personalidad real del analista; la ausencia de todo contacto con éste fuera del tiempo estricto de las sesiones; la indefinición del tiempo de duración del tratamiento; la falta de focalización sobre los síntomas; la técnica de las asociaciones libres, con expresión de sentimientos y fantasías habitualmente no manifestados en las relaciones interpersonales; la frecuencia intensa de las sesiones; la utilización de interpretaciones como casi exclusiva forma de intervención por parte del analista, etc. No resulta difícil comprender el motivo por el que considero la regresión transferencial como una parte esencial de la técnica psicoanalítica. Sin ella no serían posibles las ambiciosas metas del psicoanálisis, cuyo cumplimiento exige la actualización de los conflictos, ansiedades, temores y fantasías infantiles. Si la regresión no se presenta, el analista no estará en condiciones de enfrentarse con los conflictos y ansiedades de la infancia. Esta necesidad de lograr una profunda regresión es la que hace preciso un yo suficientemente fuerte para soportar la técnica analítica, aun cuando, en algunos casos, psicoanalistas muy experimentados puedan realizar tratamientos en personalidades muy frágiles, aun a sabiendas de que, muy posiblemente, durante el curso del análisis se producirán algunas crisis psicóticas. En definitiva, la regresión transferencial es el fenómeno indispensable que permite al analista perseguir los conflictos intrapsíquicos hasta sus más ocultas y profundas raíces genéticas, en su intento de resolverlos definitivamente a través de la interpretación, para lograr una profunda reestructuración de la personalidad. Partiendo de esta premisa definitoria del método psicoanalítico, queda por entero descalificado todo intento de borrar las diferencias entre psicoanálisis y p. p. con el pretexto de que esta última representa, únicamente, una variante técnica del primero. Y ello a causa de que una de las características de la metodología de la p. p. estriba, precisamente, en una cuidadosa evitación de la regresión transfe-

rencial. No solamente el terapeuta no utiliza, en la p. p., los artificios técnicos y metodológicos que he enumerado y que se hallan destinados a provocar una regresión transferencial, sino que, intencionalmente, desanima la producción de tal fenómeno al conducir las sesiones en otro nivel de comunicación, cara a cara, limitándose a una o dos sesiones por semana, subrayando la vinculación entre la realidad y las fantasías inconscientes del paciente, focalizando la atención del último y sus propias intervenciones en determinados sectores de la experiencia, y, muy especialmente, cuidando de no provocar una mayor regresión en el momento de interpretar los elementos transferenciales.

Otro aspecto, dentro del mismo punto al que he dicho me ajustaría para deshacer toda confusión entre psicoanálisis y p. p., es el de que en el primero la regresión transferencial debe ser resuelta únicamente por la interpretación. Pues bien, son precisamente los defensores de la indiferenciación entre psicoanálisis y p. p. quienes propugnan otras actitudes en el terapeuta distintas a la interpretación, es decir, lo que ellos llaman técnicas de comportamiento interpersonal para resolver la transferencia, dentro de los límites en los que se ha permitido que ésta se desarrollara. Es evidente que también en el curso de un psicoanálisis existe un incesante intercambio de comunicación no verbal, pero la meta del análisis es clarificar estos intercambios a través de explícitas interpretaciones. Para quienes propugnan, en cambio, una indistinción entre psicoanálisis y p. p., el terapeuta debe tomar determinados papeles en distintos momentos: de mayor o menor aceptación o rechazo, por ejemplo, o alterar la frecuencia concertada de las sesiones, etc., para producir lo que denominan experiencia emocional correctiva. Manifiestan, en favor de su tesis, que los factores afectivos han sido en el psicoanálisis muy negligidos en favor de los, por ellos, llamados aspectos intelectuales de la interpretación, y que las modificaciones en la conducta del terapeuta son un instrumento notablemente eficaz para modificar pautas de comportamiento al enfrentar «correctivamente» al paciente con una respuesta distinta de la temida o esperada.

No quiero argumentar largamente sobre la profunda divergencia existente entre estas concepciones y lo que constituye para mí el núcleo esencial de la teoría y la técnica psicoanalítica, ya que esto me apartaría excesivamente de mis propósitos. Únicamente diré que cualquier clase de modificaciones y cambios en la conducta del terapeuta, más allá de la neutral y benevolente escucha, comprensión e interpretación, no puede resolver sino sólo complicar y exacerbar las relaciones transferenciales, y que enfrentar la transferencia del paciente con la más estricta e incontaminada interpretación es la mejor y más provechosa experiencia emocional correctiva que puede proporcionarsele (Gill, M., 1982).

Intentaré, ahora, puntualizar algunas otras diferencias entre psicoanálisis y p. p.

Mientras que la p. p. reconoce, utiliza e interpreta, cuando es preciso, la transferencia en sectores parciales de la relación paciente - terapeuta,

con límites determinados de profundidad y sin favorecer la regresión de la misma, el psicoanálisis analiza la transferencia hasta las raíces genético-dinámicas de la vida psíquica infantil. Ello da lugar a una diferencia evidente en las metas de uno y otra. El psicoanálisis aspira a la más completa reestructuración de la personalidad, a través del despliegue y resolución de la neurosis transferencial. La p. p., en cambio, intenta, menos ambiciosamente, aclarar y modificar algunas áreas determinadas de la estructura mental del paciente, resolviendo las perturbaciones derivadas del conflicto intrapsíquico fundamental, aun cuando éste puede permanecer, en sí mismo, nada o escasamente desvelado. El punto álgido de esta cuestión reside en la posibilidad de diferenciar entre conflicto básico y conflicto derivado. Llamo conflictos derivados a las perturbaciones producidas por el hecho de que, con el transcurso del tiempo, los conflictos básicos van enraizándose en las circunstancias reales de la vida del paciente, dando lugar a alteraciones y disfunciones en éstas. Tales perturbaciones desarrollan un grado importante de autonomía, a la vez que mantienen candentes y reagudizan los conflictos básicos. La acción de la p. p. se dirige, principalmente, a estos conflictos derivados, a fin de proporcionar al paciente una mayor disponibilidad de sus recursos mentales y atenuar, indirectamente, la patología intrapsíquica fundamental.

Los síntomas y sufrimientos que aquejan al paciente, y que son aquellos que le han conducido hasta el tratamiento, constituyen el foco de atención y trabajo de la p. p. Tal focalización sería impropia en el psicoanálisis, cuya atención se dirige a un desvelamiento tan completo como sea posible del inconsciente y de la transferencia, siendo la mejoría sintomatológica un simple resultado de tal comprensión.

Los recursos técnicos son distintos en el psicoanálisis y en la p. p., como ya he expresado anteriormente. La interpretación constituye, casi exclusivamente, el único instrumento técnico del psicoanálisis, y aquel alrededor del cual giran los otros instrumentos que puedan ser empleados. En la p. p., la confrontación y la clarificación, juegan un papel tan importante, como el de la interpretación.

También los métodos, como ya ha sido expuesto, son distintos. La posición yacente, la indefinición en cuanto a la duración del tratamiento, la utilización de las asociaciones libres, etc., tienden a facilitar una apropiada regresión psíquica. La p. p. es conducida, por su parte, en un nivel de entrevista libre, con énfasis en la realidad en la que se halla inserto el paciente y en la que vive en su relación con el terapeuta.

Otro tipo de diferencias son las que se refieren a las indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis y de la p. p. No comentaré aquí las indicaciones del psicoanálisis. En cuanto a la p. p., podemos decir que está indicada en todos aquellos casos en los que, aun cuando sería preferible un psicoanálisis, la falta de tiempo por parte del terapeuta o del paciente, la falta de psicoanalistas disponibles para llevar a cabo el tratamiento, la urgencia de la situación, la carencia de adecuada motivación por parte del paciente, etc., hacen aquél imposible. Existen, así mismo,

indicaciones que dependen del deseo del paciente de resolver una situación urgente y concreta; de la edad; de la excesiva gravedad o riesgo de descompensación psicótica, aun cuando, como he dicho anteriormente, en determinados casos analistas muy experimentados pueden decidir emprender un tratamiento psicoanalítico, como única solución, a sabiendas de que se enfrentan con tal posibilidad; de la falta de la necesaria capacidad de observación y comprensión por parte del paciente para beneficiarse en grado suficiente del esfuerzo y tiempo que requiere el psicoanálisis; de la debilidad de su yo; de la falta de interés por la investigación interna, etc.

Desde el punto de vista de la transferencia, podemos decir que el psicoanálisis trabaja sobre la neurosis regresiva transferencial, mientras que la p. p. lo hace sobre reacciones transferenciales en momentos determinados. Así como la interpretación constante y sistemática de la transferencia regresiva en el psicoanálisis permite una reconstrucción general de la estructura psíquica, la interpretación sectorial de las reacciones y propensiones transferenciales en la p. p. permite la comprensión y disolución de estas mismas reacciones y propensiones, refuerza las capacidades adaptativas del yo, permite una mejoría del sentido de realidad y, en conjunto, facilita un más positivo enfrentamiento con el mundo circundante y las relaciones interpersonales (Gill, M., 1982).

La p. p. posee unos objetivos bien determinados, la desaparición de una específica sintomatología o la resolución de una situación especialmente perturbadora para el paciente. A su vez, el psicoanálisis implica la combinación de la falta de objetivos concretos con el objetivo fundamental de la reestructuración psíquica a largo plazo. Esta falta de metas puntuales y determinadas debe entenderse en términos de una perspectiva amplia y abierta a todo aquello que pueda facilitar el entendimiento de los procesos inconscientes del paciente, sin limitaciones ni parcializaciones a priori.

La actitud que llamamos de neutralidad técnica se refiere, en el psicoanálisis, a la posición equidistante del analista con respecto a la realidad externa, el superyó del paciente, sus pulsiones y las capacidades de observar y de actuar propias de su yo. En la p. p. la neutralidad técnica queda mucho más matizada, de manera que, en ocasiones, debe reforzarse el contacto con la realidad para evitar una ruptura psicótica, en otras, aportar el interés por investigar y la motivación de los que carece el paciente, centrar la atención en determinados aspectos de la vida real o psíquica de éste, etc. (Kernberg, O., 1979).

Una vez establecidas estas diferencias entre psicoanálisis y p. p. estamos en mejores condiciones para comprender qué cosa es la p. p., desde la óptica de la teoría psicoanalítica. Yo creo muy esclarecedora a este respecto, la opinión de Kernberg, quien manifiesta que la p. p. puede definirse como un tratamiento de base de orientación psicoanalítica que no trata, como objetivo, de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y, por tanto, las resistencias, sino que más bien intenta

solucionar parcialmente algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial de las pulsiones reprimidas previamente en el yo adulto. Como consecuencia, puede tener lugar un aumento parcial de la fortaleza y flexibilidad del yo, la cual permite una represión más afectiva de los instintos residuales dinámicamente inconscientes, y una configuración instintivo-defensiva que aumenta los aspectos adaptativos —en contraste con los inadaptativos— de las formaciones de carácter. Esta definición distingue entre sí el psicoanálisis y la p. p., tanto en sus objetivos como en cuanto a la teoría del cambio fundamental reflejado en estos objetivos.

Creo que, por todo lo que he venido diciendo, queda claro que la p. p. puede en la actualidad distinguirse muy nítidamente de las psicoterapias de apoyo, directivas, etc., al tiempo que, por otro lado, es evidente que no se trata de un psicoanálisis en pequeño, sino de una modalidad terapéutica derivada del mismo y que, aun cuando posee metas más restringidas, representa un tipo de tratamiento aplicable a gran número de pacientes y que, por tanto, aporta una contribución extremadamente valiosa a una psiquiatría dinámicamente concebida.

Frecuentemente se ha comprendido mal el concepto de parámetro, con grave perjuicio para la neta distinción entre psicoanálisis y p. p. Con el término de parámetro nos referimos a una desviación programada de la técnica analítica. El parámetro de la técnica se utiliza en algunos pacientes, *borderlines*, esquizofrénicos, toxicómanos, etc., que, por alguna razón, puedan precisar alguna modificación de la técnica. A partir de este concepto, en ocasiones se ha creído ver en la p. p. un psicoanálisis en el que se utilizaba un parámetro técnico para adaptarse a las necesidades del paciente. Este error queda totalmente subsanado si se tiene en cuenta que el punto crucial de la cuestión, al hablar del parámetro como una desviación técnica en un tratamiento psicoanalítico propiamente dicho, estriba en que el parámetro, para que el psicoanálisis continúe siendo psicoanálisis, ha de ser siempre susceptible de ser resuelto y, finalmente, hecho innecesario a través de la interpretación del mismo en la transferencia.

2.9. Los dos protagonistas del proceso terapéutico

2.9.1. *El psicoterapeuta*

2.9.1.1. Los rasgos y conocimientos específicos del psicoterapeuta

Hablar del psicoterapeuta es siempre una cuestión sumamente ardua y complicada. Y ello por una razón básica. La de que, a diferencia de lo que puede ocurrir en cualquier otra profesión, la enseñanza informativa y el aprendizaje práctico constituyen sólo una parte de la preparación técnica y teórica precisa para su práctica. La otra parte, tan importante como ésta, la constituye la personalidad del psicoterapeuta. Ella misma

es, propiamente, el agente curativo que ha de utilizar en el ejercicio de su profesión. Me parece fuera de toda duda la dificultad de dar reglas generales acerca de la personalidad del psicoterapeuta. Y, aun cuando estas reglas puedan formularse, todavía resulta más difícil determinar por escrito qué personas son las que cumplen con dichas reglas. Lo que sí me parece innegable es que, en ninguna nación del mundo, la enseñanza para la obtención del título de psicólogo o de psiquiatra —las dos profesiones cuyos representantes ejercen como psicoterapeutas— capacita, por sí misma, para la práctica de la p. p. La complejidad de esta actividad requiere, desde el punto de vista teórico y de aprendizaje, una formación prolongada y sostenida —sostenida, en realidad, durante toda la vida— en la que, junto al estudio teórico, los seminarios clínicos y las prácticas supervisadas del trabajo con pacientes ocupen un lugar fundamental. En cuanto al problema de si el aspirante a la profesión de psicoterapeuta posee la personalidad idónea para ella, creo que sólo puede ser decidido por un grupo de expertos que examinen cuidadosamente, caso por caso, las características de quienes estén interesados en ejercer tal actividad. Por mi parte, aun a sabiendas de que en la realidad no se cumple tal exigencia en gran número de casos, juzgo que la mejor manera de prepararse para la práctica de la psicoterapia consiste en pasar por un tratamiento psicoanalítico, sin que ello quiera decir, ni mucho menos, que todos los sujetos que hayan pasado tal tratamiento estén capacitados para la profesión de psicoterapeuta. Esta cuestión del psicoanálisis personal de los aspirantes a psicoterapeutas es y continuará siendo un asunto espinoso y difícil, puesto que se mezclan en él lo deseable con los hechos de la realidad.

En relación al punto que acabo de comentar, dice D. Zimmermann (1979) que existen tres tipos de psicoterapeutas, dentro de la orientación de la p. p.

El primer tipo de psicoterapeuta es el de aquellos que poseen conocimientos teóricos del psicoanálisis suficientes para desarrollar una psicoterapia de orientación dinámica. Al no haberse sometido a un análisis personal, deben recurrir a su sentido común y a su sincero deseo de ayudar a sus pacientes.

El segundo tipo es semejante al primero, pero difiere de éste porque el terapeuta ha pasado por un análisis personal durante cierto tiempo y es más consciente, o se halla más libre, de sus principales conflictos psíquicos. No posee tantos «escotomas» y ansiedades a causa de la transferencia como puede sufrir el primero.

Finalmente, el tercer tipo sería el de aquellos que han pasado por un análisis personal y han conseguido una formación completa como psicoanalistas. Este grupo lo constituyen los psicoanalistas que, además de su trabajo psicoanalítico propiamente dicho, llevan a cabo tratamientos psicoterápicos de una o dos sesiones por semana. Son quienes pueden utilizar la transferencia en toda su profundidad y ser conscientes de su propia contratransferencia.

Me siento plenamente de acuerdo con esta sistematización de Zimmermann, aun cuando entre el primer y el segundo tipo considero que es menester ubicar aquellos que han pasado por una p. p. que, dentro de determinados límites, les ha liberado de sus ansiedades más intensas, ha resuelto o aliviado algunos de sus conflictos más importantes, ha producido una mejoría en determinados aspectos de su estado psíquico y les ha hecho más conscientes de sí mismos.

Los rasgos que, habitualmente, se consideran esenciales del psicoterapeuta pueden ser agrupados de la siguiente manera.

El psicoterapeuta debe ser capaz de:

a) No mostrar sentimientos de naturaleza tal que puedan interferir con una actitud de amabilidad, consideración e interés. Debe ser apto para abstenerse de juzgar a su paciente.

b) Hallarse suficientemente informado acerca de los fenómenos psicopatológicos subyacentes a la sintomatología de los pacientes.

c) Estar en condiciones de emplear los factores dinámicos en la relación interpersonal con el paciente, para modificar, en lo posible, la estructura psíquica de éste.

d) Por su sincero interés hacia el paciente, despertar y mantener la confianza de éste.

e) Escuchar la comunicación del paciente, sin reaccionar de acuerdo con sus propios problemas, sentimientos o juicios de valor.

f) Comprender, dentro de límites variables de acuerdo con su preparación profesional, su propio inconsciente y el inconsciente de sus pacientes.

g) Conocer cómo trabajar dentro de un campo de fuerzas interpersonales.

h) Conocer la estructura, presiones y límites que impone a esta relación.

i) Poseer sus propias hipótesis acerca de por qué el paciente presenta determinadas formas transferenciales de comportamiento.

j) Comprender al paciente como una persona cuyos conflictos internos se manifiestan en la relación con él.

k) Entender claramente la naturaleza de la influencia que él mismo puede ejercer sobre este campo relacional de fuerzas, en su intento para modificar algunos aspectos significativos de los sentimientos y comportamiento del paciente.

l) Estimar las probabilidades que existen de alcanzar un particular objetivo en un período de tiempo determinado.

m) Tener en cuenta las fuerzas que actúan en contra de sus propósitos, no sólo en el interior del paciente, sino también en su propio interior.

n) Percibir cómo el paciente está viviendo y de qué forma debería vivir para atenuar sus sufrimientos, y qué es lo que él debe hacer, es decir, cómo actuar e interpretar para prestarle la ayuda que solicita.

Según P. Greenacre (1961), todos los autores se muestran de acuerdo

en la necesidad de que el psicoterapeuta posea requisitos básicos de inteligencia, cultura y educación por encima de la media del grupo social en el que ejerce su actividad. Asimismo, amor por la verdad, honestidad, facilidad para el acceso al inconsciente, capacidad para la reflexión y cierto grado de creatividad, forman también parte de los rasgos que se espera posea el psicoterapeuta.

2.9.1.2. Establecimiento de la adecuada relación emocional a través de la personalidad del psicoterapeuta

Esta profundización en el conocimiento de la imagen del psicoterapeuta se nos presenta como más y más necesaria si tenemos en cuenta que, sean cuales sean sus conocimientos técnicos, si no se desarrolla una relación emocional adecuada no tendrá lugar el movimiento de despliegue y crecimiento mental por parte del paciente. La dinámica de la relación terapeuta - paciente es el fundamento indispensable de la p. p., siendo ésta una de las mayores y más revolucionarias contribuciones de Freud, y cuyo estudio queda incluido dentro del de los conceptos de transferencia y contratransferencia a los que posteriormente me referiré.

En la p. p., más que ningún otro tipo de investigación científica, el observador participante se encuentra sujeto al principio de indeterminación, dado que resulta imposible realizar observaciones en el campo interpersonal, sin alterar este campo de manera significativa.

En el mismo grado en el que este observador participante, que es el terapeuta, es inconsciente de la forma en la que él influye este proceso interpersonal, se halla a merced de fuerzas para él desconocidas y le es posible, únicamente, contemplar aquello que ocurre de una forma meramente descriptiva y ajena a toda comprensión. Es decir, el psicoterapeuta es algo más que un atento interlocutor que interpreta las distorsiones transferenciales del paciente, y sus interpretaciones deben ir acompañadas de la creación de una atmósfera especial dentro de la cual aquél pueda entender lo que hasta el momento permanecía inconsciente. De lo contrario, las reacciones contratransferenciales surgidas de sus propios conflictos y ansiedades pueden interferir la creación de tal atmósfera propicia y transformar sus intervenciones en teorizaciones intelectuales desprovistas de todo valor modificador. Al mismo tiempo, el psicoterapeuta no ha de intentar ser como un maestro, un modelo o un ideal para su paciente, al cual tampoco ha de pretender forjar a su propia imagen y semejanza. Debe ser capaz de tener siempre en cuenta que convertir al paciente en seguidor de sus propias opiniones, valores y puntos de vista no es su tarea, y que sería desleal a sus obligaciones si se dejara llevar por tal inclinación. Si lo hiciera, repetiría uno de los más frecuentes errores de los padres cuando, impulsados por sus ansiedades y frustraciones, coartan la libertad de sus hijos, y con ello no conseguiría más que cambiar una dependencia por otra. En todos sus esfuerzos por ayudar a su

paciente, debe respetar la individualidad de éste. La cantidad de influencia que puede legítimamente emplear vendrá determinada por el grado de inhibición presente en el paciente, ya que muchos de ellos sufren tal cantidad de represiones y bloqueos que el terapeuta ha de realizar un gran esfuerzo de motivación.

E. Bribing (1937) reconoce, también, que el terapeuta realiza una importante contribución a través de su propia personalidad, pero opina que debe distinguirse muy cuidadosamente esta contribución de la que es llevada a cabo a través de las interpretaciones, siendo ésta, en sentido estricto, el instrumento clarificador y curativo de que dispone y a cuyo servicio debe estar todo el resto de su comportamiento, verbal o no. En su opinión, las actitudes del terapeuta y la atmósfera que él instaura son, fundamentalmente, una «prueba de la realidad» frente a las ansiedades del paciente acerca de la pérdida de amor y los peligros de castigo o agresión, los cuales se originaron en la temprana infancia. Piensa este autor que, pese a que tales ansiedades requieran su definitiva solución a través del trabajo interpretativo, la relación terapeuta - paciente, de la cual ha de emanar un clima de aliento y confianza, es no únicamente una precondición para el proceso terapéutico, sino algo imprescindible para establecer el sentimiento de seguridad interna que no ha sido instaurado y consolidado adecuadamente en los primeros tiempos de vida. Citas similares, pertenecientes a distintos autores, podrían ser repetidas en gran número. Es decir, que el problema que se nos plantea es el de que nos encontramos con la tarea clarificadora e interpretativa como la esencia del tratamiento, y, al mismo tiempo, con una peculiar atmósfera, no idéntica a tal tarea, pero necesaria para que ésta se produzca con éxito. El psicoterapeuta ha de ser capaz de una comprensión del inconsciente del paciente que le permita utilizar la clarificación y la interpretación como instrumentos terapéuticos, y, al mismo tiempo, de establecer un tipo de relación tal con el paciente que posibilite a éste el aprovechamiento de aquéllas.

Lo dicho en los párrafos precedentes nos encara con otro problema. El de las relaciones entre p. p. y educación. Por un lado, prácticamente todos los autores, desde Freud hasta nuestros días, están de acuerdo en que la p. p. y la educación no deben ser confundidas. Creo que éste es un asunto que debe esquematizarse de la siguiente forma:

1) La p. p. y la educación son dos procesos distintos, ya que la comprensión e interpretación del inconsciente es la esencia de la primera, siendo el aspecto educativo que de ella deriva tan sólo una consecuencia tolerable.

2) El terapeuta no debe ser un modelo o un maestro, a causa de que ello sería un ataque a la independencia e individualidad del paciente, a la vez que le permitiría el desinterés por sus propios procesos mentales al refugiarse en la gratificación que tal identificación le proporcionaría (Strupp, H., 1973).

Pues bien, pienso que, pese a que todo ello es cierto no lo es con una

certeza absoluta y que deje la cuestión totalmente resuelta. Ya el mismo Freud (1935) nos advierte que el psicoanálisis es una clase de reeducación y, aun cuando ya he dicho que debe hacerse siempre la distinción entre psicoanálisis y p. p., opino que en este caso tal afirmación de Freud juega más a favor de esta última. Juzgo que hay un punto que, por sí solo, es suficiente para que nos percatemos de que p. p. y reeducación no son totalmente contrapuestas entre ellas y para que debamos interrogarnos acerca de si la última no forma también parte de las funciones del terapeuta. El punto al que me refiero se origina en el simple hecho de que el terapeuta no tiene elección en cuanto a su propia imagen como modelo, es decir, o se ofreciera a sí mismo como un buen modelo de adaptación a la realidad o como un mal modelo de adecuación a la misma, pero, en cualquier caso, le será imposible ejercer, ante su paciente, como un simple dispensador de explicaciones. Y creo que ello no dejará de ser cierto aun cuando, en otro nivel, pueda considerarse —lo cual, por otra parte, tampoco creo que sea una verdad absoluta— que las reacciones transferenciales del paciente se producen con cierta independencia de la personalidad del terapeuta.

Por tanto, para comprender la tarea con la que se enfrenta el terapeuta hemos de tener presente en todo momento que, para ser efectiva, la p. p. debe ser una experiencia emocional; la comprensión intelectual, por sí misma, no produce una modificación del estado psíquico, aun cuando debe quedar incluida en tal experiencia emocional. Por tanto, el trabajo primordial del terapeuta, a cuyo servicio debe colocar todas sus actitudes e intervenciones, consiste en crear una relación interpersonal apropiada para este tipo de experiencia, y de su capacidad para ello dependerá el éxito o el fracaso del tratamiento. Ésta es la razón por la que debemos tener en cuenta que no existen comunicaciones entre terapeuta y paciente que puedan juzgarse intrascendentes o negligibles, y que cualquier intervención del primero desligada del objetivo terapéutico —y, por tanto, destinada, consciente o inconscientemente, a aliviar sus propias ansiedades o a proporcionarle algún tipo de gratificación— obstaculiza y degrada la relación anteriormente mencionada.

En el tratamiento el paciente reacciona ante el terapeuta como si éste fuera una representación de su pasado, con los mismos sentimientos, impulsos y fantasías que en aquel entonces, en lugar de hacerlo de acuerdo con la realidad de la situación presente. En tal momento, el trabajo del terapeuta es el de mostrarle al paciente cómo él distorsiona la situación actual en términos de su pasado y cómo este tipo de confusiones dificulta su propia adaptación a la realidad externa, la relación consigo mismo y la comunicación e intercambio con los otros. El carácter repetitivo y rígido de sus sentimientos y de su comportamiento debe ser comprendido e interpretado, lo cual podrá ser más fácilmente llevado a cabo si las experiencias que surgen a través del trato con el terapeuta contrastan con las que hasta aquel momento ha vivido a lo largo de su vida. Gracias a la comprensión de ellas, el terapeuta debe capacitar al paciente para que éste

pueda diferenciar la realidad de la fantasía, distinguirla a él de sus objetos internos y darse cuenta de cómo está reaccionando ante él como si de aquellos se tratara, lo cual le permitirá interrogarse fructíferamente acerca de su comportamiento frente a sí mismo y frente a quienes le rodean. El contexto proporcionado por el terapeuta debe ser de tal naturaleza que induzca al paciente a establecer una clara distinción entre el pasado, que continúa existiendo en su espacio mental y condicionando su comportamiento, y el presente, que estimula y reactiva las ansiedades y conflictos propios de su vida infantil, a fin de que, gracias a esta diferenciación, sea capaz de nuevos modos de funcionamiento psíquico.

El comportamiento básico del terapeuta para lograr este entramado emocional apropiado puede ser resumido en una sola frase: el terapeuta escucha y trata de comprender. Si queremos ampliar esta frase podemos decir que el terapeuta dirige toda su capacidad hacia la comprensión de aquello que el paciente le comunica, con una actitud respetuosa, no crítica, judicativa ni condenatoria, sin permitir que sus propios sentimientos, actitudes y valores interfieran en este esfuerzo de comprensión ni que condicionen la relación entre ambos. Ello da lugar a que, quizá por primera vez en su vida, el paciente tenga una experiencia de sí mismo y que reciba un mensaje de aceptación y respeto por el simple hecho de su condición humana, independientemente de sus síntomas, sus características, sus cualidades, sus deficiencias. El rasgo diferencial de esta vinculación interpersonal estriba en que el paciente puede confiar en ella pese a la índole perturbadora y agresiva de sus impulsos y sentimientos, y esta peculiaridad esencial debe ser mantenida durante todo el curso del tratamiento, gracias a la honestidad, autenticidad, veracidad e interés del terapeuta. Incluso podemos estar seguros de que si la relación descansa en estas premisas, los posibles errores en la técnica no dejarán de ser pequeñas incidencias en el curso del proceso. Estos sentimientos de seguridad y confianza que han de surgir de la interacción paciente - terapeuta no pueden ser transmitidos por medios superficiales o convencionales, como, por ejemplo, jovialidad, manifestaciones externas de afecto, trato efusivo, etc., sino que han de emanar de la comprobación, por parte del paciente, de la actitud sincera, confiable y genuinamente interesada del terapeuta. Es en este sentido en el que, como he mencionado al referirme a las semejanzas y diferencias entre p. p. y educación, el terapeuta se presentará como un nuevo modelo de realidad, puesto que el paciente tiene ocasión de contrastar sus sentimientos hacia sí mismo con la actitud que le ofrece el terapeuta.

Este nuevo modelo de realidad ofrece al paciente perspectivas hasta el momento ignoradas. Le enseña, por ejemplo, que comprender es más importante que buscar alguien a quien culpabilizar del propio sufrimiento o fracaso; que el pasado no puede ser modificado, pero que en su propio interior existen posibilidades de crecimiento y cambio; que posee capacidades adultas que le permiten recibir ayuda del terapeuta y utilizarla en provecho de aspectos más débiles e infantiles de sí mismo, etc.

Pese a que el terapeuta acepta al paciente, no lo halaga ni lisonjea. La aceptación de sus sentimientos e impulsos no es sinónimo de aprobación, ya que el terapeuta no los juzga como «buenos» ni como «malos», sino únicamente como elementos psíquicos del paciente cuyo significado debe ser comprendido en el conjunto de su existencia. Al mismo tiempo, el reconocimiento y momentánea aceptación de la necesidad de dependencia por parte del paciente no significa que el terapeuta la estimule ni que se halle dispuesto a mantenerla indefinidamente. A la vez, la fijación de límites a las demandas de aprobación total, a los intentos de manipulación y a maniobras de seducción, sin que ello implique un rechazo condenatorio de tales impulsos y sentimientos, sino un reconocimiento de algo que existe en la mente del paciente, permite a éste una apreciación de la realidad interna y externa, por un lado, y la derivación de sus intentos deseos hacia objetivos más productivos y satisfactorios, por otro.

El terapeuta debe ser parco en la exteriorización de su interés, comprensión y respeto, permitiendo que el paciente trabaje por sí mismo en la solución de sus conflictos, sin fomentar la expectativa, en éste, de que el terapeuta como figura protectora y todopoderosa será en última instancia el encargado de ofrecer la solución definitiva. Lo contrario intensificaría de manera irreductible la dependencia, con todas las fantasías concomitantes a ella, e impediría el crecimiento y maduración mental que en teoría el tratamiento psicoterapéutico tiene por meta alcanzar. Al mismo tiempo, el terapeuta ha de ser capaz de tolerar que el paciente trabaje a su propio ritmo, sin ser excesivamente empujado y apremiado por él. Si, por sus propias ansiedades, cae en el error de intentar acelerar inadecuadamente el proceso terapéutico, la impresión de mayor rapidez que puede obtenerse será totalmente falsa, transformándose el tratamiento en una psicoterapia directiva que permitirá al paciente el cómodo refugio de la sumisión y obediencia en lugar de la comprensión de su mundo interno. La paciencia y serenidad del terapeuta, por otro lado, ayudará al paciente a encontrar en sí mismo insospechadas fuerzas y posibilidades que le permitirán integrar, de forma estable, aquellos sentimientos penosos hasta este momento rechazados o disociados totalmente del resto de su personalidad. A través de esta forma de trabajo, el terapeuta enseña cómo aquello que el paciente puede alcanzar en el campo de su propio autoconocimiento y modificación se halla en relación directa con el esfuerzo empleado en la comprensión y elaboración de sus contenidos mentales.

En cuanto a las características del terapeuta hay, como es natural, un punto de insoslayable importancia, el de su capacidad de interpretar. En relación a esto, debo referirme a lo ya dicho en cuanto a la división de los terapeutas en diversos grupos, de acuerdo con la formación profesional adquirida. Las posibilidades de comprender el inconsciente del paciente se hallan directamente relacionadas con las de entender el propio inconsciente, a las que se añaden las experiencias y conocimientos adquiridos a través de seminarios clínicos, supervisiones, estudio, etc. Nadie puede

explicar lo que no entiende, so pena de sumir al paciente en un mar de confusiones. Por tanto, creo que esta cuestión puede formularse sucintamente: el terapeuta debe ser capaz de limitarse a interpretar sólo aquello que realmente comprende.

Hay una cuestión que no quisiera dejar sin algún comentario. Me refiero al celoso cuidado con que el terapeuta debe mantener oculto a los ojos del paciente sus propias opiniones generales, valores, preferencias, ideologías, etc. a fin de que las reacciones del paciente ante él vengan determinadas exclusivamente por sus propios conflictos internos, no por circunstancias pertenecientes a la realidad del terapeuta. Éste es un principio aceptado de forma prácticamente universal en el terreno de la p. p. Sin embargo, sería caer en un engaño formidable dejar de ver que esta regla técnica apunta a una normativa ideal hacia la que debe dirigir sus esfuerzos el terapeuta, pero de la cual siempre, por mucho que se empeñe, se mantendrá a una distancia abisal. Ni el terapeuta puede mantener ocultas sus características personales más que de una forma muy parcial, ni permanece neutral en relación a las actitudes, escalas de valores, ideologías, etc. que danzan alrededor de la atmósfera social en la que se desarrolla la relación paciente - terapeuta. A poco que examinemos el asunto nos daremos cuenta de que, desde el inicio de su encuentro y por el hecho mismo de su profesión, el terapeuta está mostrando, con más claridad que si los manifestara a voz en grito, un número abrumador e incontable de sus rasgos, creencias, valores, actitudes, etc. El solo hecho de ejercer como psicoterapeuta revela un sinnúmero de aspectos de su existencia social y privada y de su actitud frente a la vida. Anuncia de forma escandalosa, por ejemplo, que ha escogido una determinada profesión de tipo intelectual con preferencia al sinnúmero de actividades a las que podría haberse dedicado; que tiene interés por sus semejantes; que cree que en el ser humano existen unas potencialidades de crecimiento y desarrollo mental independientes, en el grado que sea, de la herencia y de las circunstancias ambientales; que ha escogido llevar un tipo de vida sedentario y estable; que no sólo es capaz de sujetarse a una disciplina de trabajo con exacta regulación horaria, sino que ha elegido tal forma de trabajo por encima de otras que le hubieran permitido una mayor libertad e improvisación en su ritmo laboral; que, de alguna forma, se halla integrado dentro de una clase, todo lo amplia que se quiera, social; que cree que el trabajo y el esfuerzo individual rinden sus frutos; que no piensa que todo lo que le sucede a su paciente sea única y exclusivamente originado por la sociedad que le rodea; que ha desdenado la posibilidad de llevar una vida de estilo antisocial o marginado; que se encuentra en la obligación, impuesta por sí mismo o por las circunstancias que le rodean, de ganar su vida con su trabajo; que no ha escogido una actividad guerrillera o terrorista como medio de imponer sus ideas sobre los otros, etc. Sería enfadoso en extremo prolongar la lista de rasgos, características y preferencias que el terapeuta, por su mismo papel profesional y por el lugar y modo de ejercerlo, anuncia estentóreamente a cada instante a su

paciente. Así, por ejemplo, el simple hecho de trabajar en una institución o bien privadamente, haber iniciado el tratamiento de inmediato, después de formulada la petición, o tras larga espera por parte del paciente, son variables que expresan una serie de detalles de la vida del terapeuta que no juzgo pertinente detenerme a enumerar.

Creo que es de todo punto necesario, por tanto, tener el valor de afrontar el hecho de que el terapeuta ofrece a su paciente una imagen de su realidad personal repleta de vigorosos resaltes y con perfiles claramente definidos. Si esto es o no deseable es otra cuestión muy compleja de dilucidar, aun cuando yo me inclino a pensar que no sería posible un proceso psicoterapéutico con un terapeuta robot, una máquina parlante o un personaje fantasmal surgido de una dimensión desconocida. La cuestión fundamental es que las cosas son así y que en la p. p., como en toda ciencia o actividad humana, no es rentable intentar negar la verdad, por puritanismos teóricos, de lo que tenemos ante los ojos.

2.9.2. El paciente

2.9.2.1. Las peculiaridades del paciente

El grado de motivación y capacidad de esfuerzo que se demanda a los pacientes para considerarlos aptos para emprender una p. p. es de menor cuantía que el que se espera de aquellos que aspiran a iniciar un tratamiento psicoanalítico, proporcionalmente a la menor ambición en las metas que la primera se plantea, muy alejadas del intento de lograr una reestructuración de la personalidad lo más completa posible tal como corresponde a la técnica psicoanalítica. Esta menor profundidad en los objetivos y su mayor focalización en áreas determinadas de la vida del paciente no exigen, por parte de éste, un nivel tan elevado de interés por la comprensión de los propios procesos psíquicos como el que es menester para un tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, ello no quiere decir que la práctica de la p. p. no presente dificultades para el paciente, como las presenta para el terapeuta, y que no deba procederse a una seria reflexión, tendente a evitar una innecesaria pérdida de tiempo y de energías, antes de decidir si alguien que precisa una ayuda psicológica es tributario de este tipo de tratamiento.

La idoneidad para someterse a un tratamiento de p. p. es, ordinariamente, puesta al servicio del deseo de librarse de determinado sufrimiento o de hallar solución a una situación particularmente conflictiva. Sin embargo, la existencia de circunstancias agobiantes o de perturbadores sentimientos de ansiedad, depresión, tristeza, etc., no bastan para asegurar una buena disposición para iniciar, con razonables garantías de continuidad y aceptables resultados, una p. p. No son buenos candidatos para este tratamiento aquellos sujetos que desean, únicamente, despojarse de los síntomas y molestias a toda costa, sino aquellos que son capaces de

considerar sus alteraciones y ansiedades como la consecuencia de algo que está ocurriendo en su interior y que desean llegar hasta el fondo de sus dificultades psíquicas, aun cuando ello les demande un considerable esfuerzo e, incluso, un mayor sufrimiento transitorio. Dicho en más breves palabras, no basta con la existencia de una teórica aptitud, sino que es necesario que el supuesto aspirante al tratamiento se halle dispuesto a utilizarla.

Esta aptitud, que el sujeto puede estar, o no, dispuesto a utilizar es muy difícil de determinar y depende, a su vez, de la combinación de varios factores: adecuado nivel cognitivo; tolerancia a la frustración y al sufrimiento; amor por la verdad; posibilidades para la autoobservación y para verbalizar los resultados de la misma; capacidad para el establecimiento de relaciones de mutualidad, es decir, relaciones de trabajo y colaboración en un nivel adulto, y capacidad de *insight*.

Existen, por otro lado, determinados rasgos y pautas de funcionamiento mental que se oponen a la aptitud antes mencionada. Entre ellos: la impulsividad que conduce a una acción inmediata sin tiempo para la reflexión; la tendencia a considerar que nada de lo que pueda suceder es imputable a la propia responsabilidad y que sí lo es, en cambio, a la envidia, la agresividad y la malevolencia de los otros, o simplemente, al destino; el desinterés por el propio autoconocimiento; la dificultad para la autoobservación; la inclinación a establecer un tipo de relaciones en las que prevalezca el manipular o ser manipulado, etc.

Es de particular importancia, en el momento de decidir si un sujeto que demanda ayuda podrá ser beneficiado por una p. p., definir qué clase de relación con el terapeuta está solicitando. Si existe una discrepancia entre lo que el paciente pide y lo que el terapeuta puede ofrecer, dentro del marco general de la p. p., es evidente que el tratamiento, caso de ser iniciado, sólo conducirá a la decepción y el sufrimiento. Así, por ejemplo, si el paciente demanda que el terapeuta se haga cargo de él a todos los efectos, que le proteja, aconseje y tome decisiones sobre su vida, brindándose como un ser sumiso e indefenso, queda claro que las relaciones de colaboración precisas para la p. p. no podrán establecerse. La falta de claridad en este punto trascendental origina numerosísimos errores y malentendidos. No es suficiente con que un sujeto presente una situación problemática, un buen nivel intelectual, facilidad de comunicación, etc. para que, automáticamente, se convierta en un paciente apropiado para la p. p. A pesar de estas circunstancias, si el futuro paciente espera una relación de aconsejamiento y guía, pongamos por caso, la p. p. no podrá llegar a buen fin. Es un fallo muy corriente, que lleva a fracasos y prematuras terminaciones, el no tener suficientemente en cuenta las expectativas del sujeto antes de decidir la posibilidad de comenzar una p. p. Naturalmente, en cada caso queda abierta la reflexión acerca de si puede iniciarse este tratamiento con un sujeto que demanda una relación de protección, apoyo, aconsejamiento o autoritarismo, con la esperanza de que la petición inicial podrá ser transformada

en una actitud de mutua cooperación y progresiva responsabilización.

Al considerar la capacidad de un paciente para seguir una p. p., deben tenerse en cuenta las circunstancias familiares, sociales, laborales, de salud física, etc. que constituyen su entorno. La p. p. no es una panacea mágica, sino, por el contrario, un tratamiento lento y difícil, con el que se puede ayudar, limitadamente, a sujetos con diversas clases de dificultades. Esta ayuda puede servir para que los pacientes que la reciben logren modificar, en la medida que les sea conveniente, las circunstancias que les rodean, o que consigan adaptarse a ellas exitosamente cuando no esté en su mano alterar el curso de los acontecimientos. Pero si la situación en la que viven, ya sea en el aspecto social, familiar, laboral o de su propia salud corporal es excesivamente infortunada, será difícil que el paciente pueda concentrarse en el tratamiento e interesarse suficientemente en adquirir mayores conocimientos acerca de sí mismo, así como también es poco probable que llegue a poder utilizar, de forma satisfactoria para él, este aumento en la comprensión de sus propios procesos psíquicos que el tratamiento tiene como misión proporcionarle. Por todo ello, el terapeuta ha de sopesar muy cuidadosamente la conveniencia, o no, de comenzar un tratamiento con un sujeto sometido a presiones y limitaciones externas cuya superación sea imposible o muy difícil de alcanzar.

Otra cuestión muy importante, en el momento de decidir sobre la conveniencia de llevar a término una p. p., es la que hace referencia al grado de motivación del paciente que precisa ayuda. Una actitud mantenida por muchos psicoterapeutas es la de desaconsejar el tratamiento a los sujetos escasamente motivados, cuando no carentes de toda motivación, que acuden en solicitud de tratamiento tan sólo porque sus familiares, el médico o quien sea les apremia para ello, pero que no sienten, por sí mismos, el menor interés por él. Otros terapeutas consideran que, en tanto el paciente acepte las reglas técnicas y el método de trabajo, éste puede empezar, en espera de que la carencia de motivación y el desinterés serán objeto de minucioso estudio y que de su comprensión derivará un cambio en su actitud frente al tratamiento y frente a sí mismos. Ambas posturas, tanto en lo teórico como en lo práctico, son defendibles, y depende del estilo de cada terapeuta, así como también de las características del futuro paciente supuestamente no motivado, el que se adopte la una o la otra.

Íntimamente ligado al tema de la adecuada selección de los pacientes para la p. p. se halla la continuidad o discontinuidad del tratamiento. Aunque, en un sentido amplio, podría juzgarse que la discontinuidad en el tratamiento puede constituir un problema a estudiar por sí mismo, yo pienso que, en realidad, es un pseudoproblema. La verdadera clave del asunto se encuentra en si la decisión de iniciar el tratamiento ha sido acertada o errónea. En este último caso, es muy posible que el paciente comience el tratamiento en apariencia, pero verdaderamente quien lo ha comenzado ha sido tan sólo el terapeuta. Por ello, éste piensa, después de la interrupción, que ha perdido un paciente, pero lo cierto es que éste

nunca ha existido. Creo que muchos tratamientos de p. p. no se iniciarían si se evaluara y clarificara la situación correctamente por parte de ambos protagonistas. Entonces, en lugar de una interrupción más o menos precoz, se hubiera tomado una decisión más acorde con los deseos y las aptitudes del paciente.

2.9.2.2. Aprendizaje e identificación en el curso del proceso terapéutico

Aun cuando la p. p. y la terapéutica conductista constituyen métodos distintos y con frecuencia se presentan como enfrentados entre sí, es insoslayable que en el proceso psicoterapéutico intervienen métodos de aprendizaje, de la misma manera que en las técnicas conductistas intervienen, quiera o no reconocerse, fenómenos transferenciales y contra-transferenciales. No es mi intención entrar en profundidad en las relaciones existentes entre las orientaciones psicodinámica y conductista, ya sea en el aspecto teórico ya en el aspecto técnico, pero sí deseo llevar a cabo algunas reflexiones en cuanto a la p. p. como forma especial de aprendizaje ligada, por otra parte, a la identificación que se produce en el curso de este tipo de tratamiento.

Tal vez lo primero que convenga advertir, ante los repetidos intentos de enfocar el proceso psicoterapéutico desde la óptica del aprendizaje, es que la mera traslación de una teoría al lenguaje de otra no contribuye, substancialmente, al progreso de ninguna de las dos (Dollard, J.A. y Miller, C., 1950). La idea básica de la asimilación del proceso psicoterapéutico a una terapia conductista se basa en la creencia de que el comportamiento psicológicamente alterado, llámese neurótico o como sea, es un comportamiento adquirido y que, por tanto, debe ser extinguido siguiendo los mismos principios con los que fue inculcado al paciente. Aunque esta forma de proceder puede tener algún interés para facilitar el entendimiento y posibilidad de diálogo entre los seguidores de una y otra teoría, no es éste el camino que pretendo seguir en estas breves consideraciones. Lo único que me interesa ahora subrayar es el hecho, creo que generalmente olvidado en los trabajos sobre psicoterapia psicoanalítica, de que en el proceso psicoterapéutico se produce realmente un aprendizaje, y que ello ha de ser tenido en cuenta tanto para la teoría como para el proceder práctico.

Sea cual fuere la explicación que a ello demos, lo cierto es que el paciente cuya sintomatología ha desaparecido, o cuyo comportamiento se ha tornado más satisfactorio para sí mismo y para quienes con él conviven después de un tratamiento psicoterapéutico, ha adquirido nuevas concepciones acerca de sí mismo y de los otros, así como nuevas formas de relacionarse con el psicoterapeuta y, subsiguientemente, con aquellos con los que trata. Dicho de otra forma, la experiencia psicoterapéutica ha contribuido a una reestructuración cognitiva y emocional de la forma de vivenciarse a sí mismo, a los otros y a la realidad (Strupp, H.,

1973). Aquello que el paciente llega a aprender a través del proceso psicoterapéutico puede resumirse de la forma siguiente:

a) Existe la posibilidad de hallar satisfacción en el trato con los otros, apreciando los aspectos buenos que poseen y gozando de ellos, aun cuando presenten, también, aspectos indeseables o no tan buenos.

b) Los seres humanos reaccionan negativamente y con un sentimiento de ser explotados ante un exceso de demanda. Es necesario abandonar los sentimientos de omnipotencia y aceptar las propias limitaciones, tanto en uno mismo como en los otros, sin exigir que estos últimos satisfagan los propios deseos infantiles.

c) La satisfacción debe obtenerse a través de las exigencias y actividades propias, no del aplauso y glorificación por parte de los otros. De lo contrario, la espera conduce a la frustración y ésta al resentimiento, el cual, a su vez, provoca también resentimiento y hostilidad en los otros, en un inacabable círculo vicioso.

d) Es menester llegar a ser capaz de posponer la gratificación. Éste es un aprendizaje doloroso, dado que lo es aceptar que no puede obtenerse siempre lo que se desea, cuando y en la forma en que se pretende. Es preciso modificar las propias aspiraciones y aprender a recibir mucho menos de lo que se había esperado. También es necesario aprender a soportar la tensión, la frustración y las privaciones.

e) La separación es dolorosa, pero no es la separación física lo más importante. Puede existir, en la relación con otros seres —entre ellos, el terapeuta— una comunicación mental que alivie o, incluso, anule la separación física.

f) La queja y la reivindicación irritada no aportan el objetivo que se desea. La satisfacción llega, únicamente, a través de una acción ajustada a la realidad. Usualmente, el grado de satisfacción obtenido se halla de acuerdo con el esfuerzo realizado para conseguir determinado objetivo. Al mismo tiempo, los deseos irrealizables deben ser abandonados o adecuadamente modificados.

g) La tensión, la ansiedad y la frustración no conducen a la aniquilación y pueden ser toleradas dentro de determinados límites. La evitación a ultranza de tales sentimientos, por el contrario, es una solución falsa que crea nuevas dificultades y exige un constante e inútil esfuerzo.

h) Los sentimientos agresivos, tanto contra uno mismo como contra los otros, no siempre producen efectos dañinos o catastróficos, ya que los sentimientos y deseos no modifican la realidad si no se transforman en acción.

i) La búsqueda, a toda costa, de la aprobación por parte de los otros no obtiene resultado y, por otro lado, provoca sentimientos de autodesprecio y humillación.

j) Cada ser humano tiene su propia individualidad, única e intransferible, y, por tanto, las fantasías de introducirse en el interior de otro tan sólo conducen a una pérdida de contacto con la realidad y a una dificultad creciente de las relaciones interpersonales.

k) La cooperación con los otros produce más satisfacciones y paz interior que el esfuerzo por descargar en ellos la irritación originada por las frustraciones. Esta colaboración debe ser distinguida del intento de comprarles a cualquier precio y, a su vez, sólo es posible con aquellos que también desean cooperar.

l) La actitud de sometimiento a las tendencias explotadoras de otros viene dictada, únicamente, por los sentimientos de culpa por la propia agresividad y los subsiguientes deseos de autocastigo. Sean cuales fueren las culpas y responsabilidades de cada uno, tal sometimiento es estéril y autodestructivo.

m) El reconocimiento y la aceptación —que no ha de ser confundido con su puesta en práctica— de los sentimientos e impulsos que existen en el interior de uno mismo conduce siempre a mejores resultados que la negación de ellos. Tal aceptación no significa ni la descarga indiscriminada de las tendencias indeseables ni la necesidad de sentirse abrumado por los sentimientos de culpa y autodesprecio, ya que el ser humano es dueño de sus actos —dentro de ciertos límites— pero no de sus fantasías. Al mismo tiempo, el reconocimiento de los propios sentimientos y tendencias permite adoptar determinaciones más auténticas y sinceras. El terapeuta no es el encargado de absolver o condenar por las fantasías y por las acciones. Cada uno debe juzgarse por sí mismo.

n) Cada uno tiene sus propios derechos y es razonable que luche para que los otros los reconozcan. Aceptar los derechos de los otros es un punto de partida imprescindible para lograrlo.

ñ) Es menester ser capaz de aceptar la autoridad de otras personas cuando ello sea justo. El valor que pueda poseer cada uno de los seres humanos no sufre merma por ello, ni las actitudes de lucha y rebeldía contra toda autoridad acrecientan, en modo alguno, aquello que puede ser valioso en uno mismo. Aceptar la autoridad de otros no va en menoscabo de la propia libertad. Por el contrario, libera de la lucha por el poder y la omnipotencia.

o) El pasado es irreversible, pero cada ser humano puede actuar sobre su presente y su futuro en un grado muy importante. Culpabilizar a los otros de los fracasos e infortunios es inútil y conduce a un aumento de los conflictos interpersonales y a una pérdida de oportunidades para obtener satisfacción en el trato con ellos. Por el contrario, asumir una total responsabilidad por las decisiones que hayan de ser tomadas y por sus consecuencias acrecienta el sentimiento de libertad interna.

p) La consecución de la propia identidad es el resultado de la adopción y cumplimiento de las actitudes y capacidades anteriormente descritas. De acuerdo con ello, el paciente aprende a experimentarse a sí mismo como un adulto y a ejercitar la mayor flexibilidad posible para adaptarse a las distintas circunstancias y situaciones que la vida le plantea, sin verse obligado a repetir incesantemente las mismas formas de comportamiento estereotipadas que responden a conflictos infantiles sin vigencia actual en el mundo real de cada uno.

La lista precedente podría prolongarse muy considerablemente. Mi propósito no ha sido hacerla exhaustiva, sino tan sólo mostrar, a través de ella, la importancia de los aprendizajes que tienen lugar en el curso del tratamiento psicoterapéutico. Por otro lado, creo que no ha de extrañarnos que tales aprendizajes ocurran. Si el paciente adquiere nuevos conocimientos sobre sus procesos psíquicos, tanto conscientes como inconscientes, es natural que este nuevo saber le lleve a distintas perspectivas acerca de su situación real y que aprenda nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los otros. La comprensión adquirida en la situación terapéutica debe, lógicamente, ser aplicada a la cotidianidad de la vida.

Por otra parte, no puede ignorarse que el aprendizaje en el curso de la p. p. se halla íntimamente vinculado con la identificación, tanto si se juzga que estos dos fenómenos forman parte intrínseca del tratamiento, como si se parte del supuesto de que son artefactos secundarios al mismo. A través de la relación paciente - terapeuta, este último es aprehendido por el primero como un modelo cuyos sentimientos, actitudes, valores y comportamientos, en la medida en que pueden ser observados o fantaseados, se intenta aceptar, imitar y emular o, por el contrario, combatir desarrollando actitudes diametralmente opuestas, lo cual es, también, una forma de aprendizaje por inversión. La adopción de pautas, mentales o de comportamiento externo, supuestamente pertenecientes al terapeuta, no forma parte del proceso terapéutico y, además, incluso puede representar una oposición al mismo. En este caso se substituye la comprensión por la imitación y la sumisión a determinadas actitudes y valores, con pérdida de la propia individualidad y en menoscabo de la adquisición del mayor grado de libertad que la p. p. debe, para ser fiel a su cometido, proporcionar. Sin embargo, juzgo que sería hipócrita pretender desconocer que en toda p. p. se producen, dentro de límites variables, ciertos aprendizajes por identificación con el terapeuta. Si queremos ser sinceros hemos de saber distinguir dos hechos: el de si es deseable o no que esto ocurra, y el de que esto, deseable o no, ocurre. A mí me parece claro que no es el objetivo del proceso terapéutico dar lugar a que el paciente se identifique con el terapeuta. Aunque hago, a esta afirmación general, una sola excepción: sí es deseable la identificación, por incorporación, con la función de comprensión y diálogo interno propia del terapeuta. Ahora bien, me parece igualmente claro que en toda p. p. se presentan procesos de identificación a través de la relación entre ambos, ya que es inevitable que el paciente perciba al terapeuta como un modelo de la actividad y despliegue mental que él intenta alcanzar. Semjante modelo al que el paciente aspira es vivenciado por él de la siguiente forma:

El terapeuta comprende lo que para el paciente era, hasta el momento de la intervención de aquél, ininteligible.

Cuando el paciente experimenta ansiedad, el terapeuta muestra calma.

Delimitación y esencia de la p. p.

Los sentimientos de culpa y autodesprecio que le torturan no son compartidos por el terapeuta.

El terapeuta enfrenta, sin mostrar perturbaciones en su ánimo ni deterioro en sus capacidades, las pulsiones y fantasías agresivas del paciente.

El terapeuta no responde agresivamente a las manifestaciones destructivas y hostiles del paciente.

El terapeuta reconoce las exigencias explotadoras y voraces del paciente sin ceder ante ellas, pero también sin juzgarle ni condenarle por ellas.

Las manipulaciones del paciente son interpretadas por el terapeuta, sin que responda con una réplica punitiva.

Aquellas fantasías del paciente que producen en él sentimientos, conscientes o inconscientes, de amenaza, peligro y ansiedad son toleradas por el terapeuta y aceptadas por él como datos que es menester entender, sin rechazo ni condena por su parte.

Esta lista podría, como es natural, prolongarse. Depende de los conocimientos y la técnica del terapeuta el que el paciente pueda diferenciar entre el reconocimiento e, incluso, la admiración por la labor profesional del terapeuta y por aquellas formas de su funcionamiento mental que considera buenas y deseables, por una parte, y su propia individualidad y libertad de elección, por otra.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Tal como he manifestado previamente, la p. p. extrae sus bases teóricas y técnicas del psicoanálisis, que es, a la vez, un cuerpo de conocimientos psicológicos acerca del funcionamiento de la mente humana y una técnica para la curación de las perturbaciones que afectan a la misma. Por ello, juzgo conveniente una somera exposición de los principios fundamentales, extraídos del psicoanálisis, sobre los que descansa la p. p. Para este fin, consideraré un principio como una hipótesis de trabajo o presunción operativa (Paolino, T., 1981). Al definir los principios esenciales como hipótesis de trabajo, doy por sentado que ellos, al igual que los de todas las teorías científicas, están sujetos a revisiones y modificaciones de acuerdo con los resultados empíricos y con la observación de los fenómenos.

3.1. Significado y génesis de los síntomas

Usaré el término «síntomas» para designar, por una parte, aquellas experiencias de las que el sujeto se lamenta por sentir las como dolorosas o, a su parecer, indeseables, y por otra, aquellas anomalías del estado de ánimo, el pensamiento o la conducta detectadas por el observador, sea éste clínico o psicoterapeuta. En el campo de la medicina estas anomalías observadas desde el exterior son llamadas «signos», pero, para simplificación del lenguaje no es necesaria dentro del área de que nos ocupamos, tal diferenciación. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, todos los síntomas psíquicos deben ser comprendidos desde cuatro perspectivas metapsicológicas: dinámica, económica, estructural y genética. Todas ellas presuponen que los síntomas psíquicos son la consecuencia del esfuerzo, por parte del aparato psíquico, para adaptarse a los conflictos emocionales inconscientes y a la ansiedad que es generada por tales conflictos.

El síntoma es una formación del yo. Éste es el encargado de mediar entre las pulsiones instintivas, la realidad externa y el superyó. Cuando

dicha mediación fracasa, el yo, en lugar de realizar una adecuada adaptación a estas dos realidades, externa e interna, que son el mundo circundante y el superyó, crea el síntoma. En él se enfrenta al impulso erótico y al destructivo, pero, al mismo tiempo, intenta satisfacerlos de alguna manera. Esta creación del yo, que es el síntoma, es, pues, una construcción doble, ya que, por una parte, tiende a gratificar las pulsiones del ello y, por otra parte, a rechazarlas de acuerdo con las exigencias del superyó. Así, desde el punto de vista de la presión pulsional, el síntoma representa una afirmación y una negación de las pulsiones reprimidas, y, desde el punto de vista del yo, es un rechazo y una gratificación de las mismas. En términos más generales, podemos decir que el síntoma es un compromiso. La formación de síntomas representa, también, una tentativa de autocuración, una forma de reacción a un trastorno primario, ya que, a fin de cuentas, los síntomas son un fenómeno secundario por el cual el yo intenta adaptarse a las demandas pulsionales, a las exigencias del superyó y a las presiones de la realidad externa. Todos estos procesos tienen lugar en la zona inconsciente del aparato psíquico.

3.2. La comprensión del inconsciente

La meta de la p. p. estriba, en términos generales, en tornar al paciente consciente de aquellos conflictos intrapsíquicos inconscientes que dificultan su adaptación a la realidad. Este reconocimiento ha de conducir a una constructiva movilización de sus pulsiones, a una disminución en la severidad y el sadismo del superyó, y a un aumento de las funciones adaptativas del yo, con la consiguiente reducción de las perturbaciones emocionales y de los desagradables afectos concomitantes a ellas. Al llegar a este punto, los síntomas ya no tienen razón de existir y se alcanza su desaparición, la cual va acompañada de una intensificación de la capacidad del sujeto para manejar los factores ambientales y hallar las gratificaciones adecuadas a sus necesidades, dentro de las posibilidades y límites impuestos por la realidad.

En un principio, Freud pensó que, una vez vueltos conscientes los conflictos inconscientes, la cura o desaparición de los síntomas se produciría automáticamente. Sin embargo, la realidad mostró prestamente la inconsistencia de tal suposición. Cualquier psicoterapeuta avezado sabe, por experiencia, que el solo hecho de explicar a un paciente el significado inconsciente de sus síntomas y la génesis de los mismos, por clara y convincente que esta explicación resulte, y aún en el caso de que el paciente comprenda perfectamente dicha explicación desde el punto de vista intelectual, no produce una desaparición estable de los mismos, aun cuando sí puede obtenerse cierta mejoría por vía sugestiva o por el apoyo al yo que pueda derivarse de tal explicación.

Para que una verdadera modificación tenga lugar en la estructura psíquica del paciente como consecuencia de las explicaciones del terapeu-

ta, a las que comúnmente se denomina interpretación, es necesario que se añada una experiencia emocional al conocimiento intelectual. Es decir, el paciente debe hacerse consciente de los conflictos causantes de sus síntomas, no únicamente a través de una explicación teórica, sino vívidamente por intermedio de la relación transferencial que se establece con el terapeuta.

En conclusión, por tanto, la modificación o resolución de los conflictos es el resultado de algo más complejo que el simple conocimiento intelectual de los mismos. La p. p. nos muestra que sólo cuando dicho conocimiento va acompañado de las apropiadas experiencias emocionales, es posible lograr una auténtica y efectiva resolución de los síntomas. Y ello aún cuando esta visión interna de uno mismo o *insight* puede, a veces, ser extremadamente dolorosa.

3.3. Expresión verbal «versus» acción

La p. p. se basa en la creencia de que la expresión verbal de los pensamientos y sentimientos es más efectiva que la acción para la resolución de las alteraciones emocionales y la promoción del crecimiento mental. Este principio separa radicalmente la p. p. de otras terapéuticas en las cuales el deseado efecto terapéutico se basa en la sola acción o en la sola emoción.

En la práctica de la p. p. se espera que el paciente verbalice sus pensamientos y sentimientos, en lugar de convertir a unos y otros en acción o en simple descarga emocional. Al mismo tiempo, se considera que es casi siempre peligroso para el paciente, tanto en lo que concierne a su vida psíquica como al conjunto de sus circunstancias reales y sociales, el empleo de soluciones actuadas de sus conflictos y ansiedades (*acting out*). Las actuaciones de esta clase, además de ser posiblemente nocivas para los intereses del paciente, dificultan alcanzar la comprensión que persigue el tratamiento. Indudablemente, no intento negar que en algunos casos pueda obtenerse un inmediato alivio sintomático a través de terapéuticas de base conductista, de apoyo, etc., pero no es posible llegar a una solución permanente y a un verdadero cambio estructural sin el conocimiento, a la vez intelectual y emocional, de los conflictos inconscientes patógenos. Es menester recordar que la p. p. no intenta tratar los acontecimientos que tienen lugar en el mundo externo del paciente, sino únicamente su repercusión en la mente de éste.

La experiencia clínica muestra que a menudo los pacientes emplean diversas formas de comportamiento como una forma de evitar el dolor psíquico que puede producirse al enfrentar los conflictos intrapsíquicos. Tal actuación o *acting out*, frecuentemente va asociada con una destructiva negación y una pseudoadaptación dañina. Si la actuación es desalentada a través de la interpretación y la clarificación, ello da lugar a una adicional estimulación de pensamientos, sentimientos e *insight*, los

cuales poseen una fuerza curativa de la que carece la acción directa.

Al mismo tiempo, la expresión verbal da lugar a que el paciente aprenda, en la atmósfera de la sesión psicoterapéutica, que no es necesario temer a ningún pensamiento o sentimiento, no importa cuán irracionales o amenazadores puedan parecer. A diferencia de lo que ocurre con el comportamiento, los pensamientos y sentimientos no tienen, en el marco del tratamiento, límites impuestos. Por el contrario, si el comportamiento es estimulado como un sustituto de aquéllos, el paciente que experimenta temor frente a sus pensamientos y emociones percibirá tal estimulación como una confirmación de sus ansiedades, lo cual dará, a su vez, lugar a una intensificación de la represión.

3.4. La libre asociación

El método de la libre asociación puede ser considerado como representativo de los principios psicológicos sobre los que se fundamentan el psicoanálisis y la p. p. (Paolino, T., 1981).

Tal como ocurre con otros instrumentos que forman parte del tratamiento psicoanalítico, en la p. p. la libre asociación no es empleada de la misma manera que en aquél, ya que, como veremos más adelante, la focalización de las asociaciones limita la amplitud e indiscriminación de las mismas. Sin embargo, y dentro de una perspectiva diferenciada, las hipótesis de trabajo que subyacen a la utilización de las asociaciones libres en el psicoanálisis son igualmente válidas en la p. p., aun cuando su uso se vea sensiblemente modificado. Por ello, debemos centrarnos un tanto en la teoría que la respalda.

La libre asociación se produce cuando el paciente reduce, en cuanto puede, toda crítica y selección consciente de su expresión verbal, intentando observar cuantos pensamientos, sensaciones, imágenes, deseos y sentimientos se presentan y los comunica al terapeuta de la forma más espontánea que le es posible. En esencia, esta suerte de comunicación es totalmente contraria a lo que, desde la infancia, se nos ha enseñado a considerar como conveniente y apropiado en nuestro trato, no sólo con los demás, sino aun con nosotros mismos, por lo cual no es extraño que el paciente haya de vencer fuertes dificultades para llevarla a cabo. Para ello, debe esforzarse en rechazar cuantas objeciones se presentan a su mente frente a tal tipo de expresión.

En el tratamiento psicoanalítico se espera del paciente que comunique todo cuanto venga a su mente, por más que le parezca sin sentido, irrelevante, molesto para él o inconveniente para el terapeuta. En esencia, el psicoanálisis presupone que las asociaciones que se encadenan en la mente del paciente poseen siempre una conexión consciente o inconsciente entre sí. De hecho, se presume que cada expresión del paciente durante la sesión posee uno o varios significados inconscientes, aun cuando el terapeuta no pueda, ni con mucho, descifrarlos todos. Un

corolario del concepto básico de la libre asociación es el de que la comunicación que de ella se deriva conduce a los conflictos intrapsíquicos responsables de los síntomas por los cuales el paciente demanda tratamiento.

La libre asociación minimiza el riesgo, tanto para el paciente como para el terapeuta, de la marginación de material significativo; reduce las posibilidades de una comunicación puramente convencional e intelectualizada; estimula la espontaneidad y diferencia totalmente el diálogo terapéutico de cualquier otro tipo de conversación; da por sentada la aceptación de cualquier clase de expresión; facilita la autoobservación del paciente y reduce el peligro de que el terapeuta influya por sugestión, necesidades y expectativas propias la producción del material por parte del primero. Atendiendo a este último aspecto, podemos decir que la libre asociación es la mejor manera de asegurarnos de que el flujo de ideas provenga realmente del paciente. En este sentido, la libre asociación es lo más completamente opuesto a la sugestión.

Lo que otorga a la libre asociación su carácter de método inestimable para la práctica del psicoanálisis y de la p. p. es que no se trata de un proceso verdaderamente libre. La posibilidad de una asociación libre que refleje ideas y fantasías inconscientes y profundamente desconexionadas es una falacia, ya que, de acuerdo con el principio del determinismo psíquico —que presupone un encadenamiento de los fenómenos psíquicos— cada pensamiento e idea que surge en el curso de la sesión terapéutica se halla estrechamente vinculado a la patología intrapsíquica, por un lado, y al aquí y ahora de la relación terapeuta - paciente, por otro. Volveré sobre este punto cuando tratemos de la transferencia. Al mismo tiempo, la vida pasada y presente, así como los síntomas del paciente, actúan como organizadores conscientes o preconscientes de la libre asociación. Pese a todo, las asociaciones son consideradas libres por el hecho de que surgen del paciente, con una intencionalidad de libertad por parte de éste y sin que le sean impuestas por reglas, interrogatorios, preguntas o limitaciones de cualquiera índole (Bellak, L., 1961). En otras palabras, las asociaciones libres son expresiones verbales de las representaciones preconscientes de los elementos psíquicos inconscientes, pero el inconsciente no es más libre que lo consciente (Paolino, T., 1981; Glover, E., 1928). Lo que hace el paciente es, únicamente, eliminar la censura consciente, o, dicho de otra manera, eliminar la censura entre el sistema consciente y el preconsciente, pero no puede, por definición, evadir de modo consciente la censura entre el sistema preconsciente y el inconsciente (Laplanche, J. y Pontalis, J.B., 1973).

Queda claro, por tanto, que el método de la libre asociación no proporciona, por sí mismo, un acceso directo al inconsciente, entre otros motivos porque el uso de las libres asociaciones no significa que el paciente haya regresado a un tipo de pensamiento totalmente propio del proceso primario. Lo que sí posibilitan las libres asociaciones, a través del intento de disminuir, en lo posible, la censura entre el sistema cons-

ciente y el preconsciente, es una mayor visibilidad y transparencia de los derivados de los elementos inconscientes que se hacen, por tanto, accesibles a la interpretación y a la comprensión.

A mi juicio, el proceso que se desencadena a través del método de las libres asociaciones es muy similar al que nos ha descrito S. Freud para explicarnos el proceso del sueño. Gracias a la disminución voluntaria de la censura consciente, disminuidos equivalentes a la que se produce en el fenómeno de la dormición, determinados elementos de la vida psíquica inconsciente afloran a la conciencia, aun cuando no directamente, sino de forma enmascarada e irreconocible. Para tal expresión, las fantasías inconscientes se apoyan, de la misma manera que la pulsión inconsciente desencadenante del sueño se vale de los «restos diurnos», en las preocupaciones, estímulos, realidades, etc., de la vida cotidiana, puesto que, por principio, lo inconsciente reprimido no puede expresarse directamente dado que no es conocido por el paciente. Lo opuesto también es cierto, es decir, que las preocupaciones, deseos, etc., de la vida real del paciente tan sólo se manifiestan durante la sesión psicoterapéutica cuando logran enlazarse con las fantasías inconscientes que pugnan por exteriorizarse, de la misma forma que, como dice Freud, «el deseo consciente sólo deviene excitador del sueño si logra despertar otro deseo paralelo, inconsciente, mediante el cual se refuerza» (1900-1901). La diferencia entre lo que ocurre en el sueño y lo que tiene lugar durante la sesión psicoterapéutica reside en que, en ésta, hay una parte del paciente que no sufre los efectos de la regresión, puede actuar como observador de sí misma y colaborar con el terapeuta en el esclarecimiento y comprensión de los elementos inconscientes que, de manera disfrazada y difícilmente comprensible, han alcanzado la expresión verbal. Por otra parte, a consecuencia del fenómeno de la transferencia, en las asociaciones-libres del paciente se expresa de alguna forma su relación consciente e inconsciente con el terapeuta.

3.5. La transferencia

3.5.1. Desarrollo del concepto de transferencia

El fenómeno de la transferencia es fundamental para el psicoanálisis, tanto en lo que se refiere al conocimiento de los procesos psicológicos inconscientes, como en lo que concierne al psicoanálisis como técnica terapéutica, hasta el punto que puede decirse que el método psicoanalítico consiste en establecer una relación, entre analista y analizado, que permita el desarrollo y comprensión de la transferencia. Ahora bien, la transferencia es un fenómeno universal, no únicamente propio de la situación analítica. Lo que ésta consigue es favorecer al máximo su desenvolvimiento, en unas condiciones que, al liberarla de las distorsiones y modificaciones introducidas por las múltiples variables provenientes de

la realidad externa que circunda al paciente, permiten su reconocimiento e interpretación. Por tanto, no será difícil entender que en la p. p. la transferencia juega un papel de primordial importancia, aun cuando la utilización que se haga de ella sea distinta de la que corresponde al psicoanálisis. A causa de ello, es menester que el psicoterapeuta posea unos conceptos claros acerca de la transferencia en su nivel teórico, a la par que la habilidad, adquirida a través del tratamiento personal, seminarios, supervisiones y experiencia práctica, de reconocerla y manejarla adecuadamente. Como todos los conceptos primordiales de la ciencia psicoanalítica, hablar exhaustivamente de la transferencia requeriría más de un volumen. Intentaré, sin embargo, sintetizar los aspectos de interés.

Exceptuando una breve mención en sus *Estudios sobre la histeria* (1895), la primera referencia del fenómeno de la transferencia la realizó Freud en su obra *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1905). Definió Freud la transferencia como una clase especial de estructuras mentales, fundamentalmente inconscientes. Ellas son, dice, «un tipo particular de formaciones del pensamiento, las más de las veces inconscientes... reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos de despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la substitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico».

Posteriormente, Freud se refirió a la transferencia en varios de sus escritos. Las afirmaciones más importantes acerca de este fenómeno se hallan en *Dinámica de la transferencia* (1912), *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915), en la conferencia 27.ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1915-1917), en *Análisis terminable e interminable* (1937), en *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), etc. (Orr, D., 1954). Tal vez en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* es en donde hallamos un resumen más sistemático de sus ideas sobre la transferencia. Describe cómo la fase temprana del análisis se halla marcada por una gradual intensificación del interés del paciente en el tratamiento y en la persona del analista, junto con una frecuente mejoría sintomática; repentinamente, sin embargo, todo cambia, el paciente decrece en su interés, se torna hostil y todo en él muestra una profunda resistencia. Esta fase negativa de la transferencia es atribuida a la lucha contra la emergencia de diversos sentimientos eróticos y de naturaleza muy primitiva, los cuales el paciente ha «transferido» sobre la persona del analista, sin que esto sea explicable por el comportamiento de éste ni por las relaciones involucradas en el tratamiento. Freud menciona la universalidad de este fenómeno en el tratamiento de los neuróticos y señala que sus orígenes se encuentran en el interior del paciente. Freud habla, también, de la ambivalencia de las reacciones transferenciales. En este trabajo expresa Freud su creencia de que en las neurosis narcisistas (psicosis) los enfermos han resignado la libido de objeto, transponiéndola

se la libido de objeto en libido yoica, motivo por el cual son incapaces de desarrollar la transferencia y, por tanto, de beneficiarse del tratamiento psicoanalítico. Esta última afirmación no es sostenida hoy en día por la inmensa mayoría de psicoanalistas, ya que son numerosos los investigadores que han mostrado la existencia de una transferencia, susceptible de reconocimiento e interpretación, en los enfermos psicóticos.

3.5.2. Proyección e identificación en la transferencia

El término transferencia aplicado a la situación analítica, por tanto, significa que el paciente desplaza emociones que pertenecen a representaciones inconscientes de un objeto reprimido sobre la representación mental de un objeto perteneciente al mundo externo (Nunberg, H., 1951). Este objeto representado dentro del yo es el terapeuta, sobre el cual son proyectadas emociones e ideas que pertenecen a fantasías inconscientes dirigidas a objetos arcaicos, reprimidos e irreal. Al tratar de substituir un objeto real —el analista— por uno irreal, el paciente queda abocado a errores y frustraciones, dado que los objetos pasados y presentes se hacen idénticos en su mente. Esto último nos lleva a vincular la transferencia con lo que Freud (en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños*) llama identidad de percepciones. Esto significa que la percepción actual de un estímulo revive viejas, reprimidas e inconscientes ideas y emociones, hasta tal punto que éstas son percibidas como imágenes actuales, aun cuando su sentido no es reconocido por el aparato psíquico consciente. Por tanto, las ideas y emociones presentes y pasadas se transforman en idénticas, lo cual, a su vez, forma la base del fenómeno llamado actuación o *acting out*.

Ahora bien, tal tendencia a transferir experiencias infantiles a la realidad y actuarlas como presentes puede ser observado no únicamente en la situación analítica, sino también independientemente de ella. Sin embargo, el impulso a establecer identidad de percepciones a través de la repetición de experiencias pasadas sólo puede observarse, de forma patente y límpida, en la transferencia analítica.

Podemos pensar que el establecimiento de idénticas percepciones es un acto de proyección así como de identificación. Aun cuando el término identificación puede usarse en diversos sentidos, en el contexto en el que estoy hablando la identificación es un substituto regresivo del amor, si el objeto amado en el mundo externo llega a formar parte del yo. En el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico, la meta común —alcanzar la curación— que une a terapeuta y paciente conduce, primero, a una identificación del paciente con el terapeuta y, simultáneamente, a una reproducción de profundas identificaciones con los padres. Esto da lugar a que el paciente trate de revivir en su trato con el analista los residuos reactivados de sus relaciones infantiles con los padres, lo cual es intentado a través de la proyección. Mediante ella, el paciente ensaya

hallar el objeto perdido en el mundo externo, a través de las imágenes inconscientes. Esto da lugar a que en curso del tratamiento analítico sea difícil, en muchas ocasiones, diferenciar entre proyección e identificación. Aun cuando la transferencia utiliza ambos mecanismos, la proyección y la identificación, la tendencia a establecer la identidad entre nuevas y viejas percepciones se presenta siempre en ella.

3.5.3. Transferencia y compulsión de repetición

A la vez, los hechos que estoy describiendo se enlazan con la compulsión de repetición, ya que la inclinación a llevar a cabo la identidad de percepciones parece satisfacer tan conservador principio. Es decir, un suceso actual reactiva una experiencia reprimida, la cual, a su vez, trata de reemplazar la nueva experiencia. Todo ello hace que la disposición para la transferencia exista ya antes de que se establezca cualquier situación terapéutica, aun cuando la propia de la terapia psicoanalítica estimule, por su peculiar metodología, su desarrollo al máximo. Parece como si las nuevas experiencias —entre ellas las pertenecientes a la situación psicoanalítica o psicoterapéutica— no pudieran ser asimiladas a través de la función sintetizadora del yo, a menos que se engargen con las antiguas pautas y moldes de relación. Así pues, la transferencia se desenvuelve de acuerdo con la necesidad de asumir las experiencias presentes, de tal manera que su percepción se identifica con el material psíquico reprimido, el cual, a su vez, encuentra su expresión en los deseos, fantasías y emociones dirigidos hacia la figura del terapeuta.

Pese a lo dicho hasta ahora, no debe confundirse la transferencia con la compulsión de repetición, por más que ésta pueda ser considerada como una manifestación de la primera, ya que en la transferencia los deseos y emociones son encauzados hacia nuevos y actuales objetos del mundo exterior. La compulsión de repetición apunta al pasado, mientras que la transferencia señala a la realidad presente. La compulsión de repetición trata de fijar y reproducir, inacabablemente, la realidad psíquica primitiva, y esto hace que debamos juzgarla como una fuerza conservadora y regresiva. La transferencia, por su parte, da lugar a una reactivación de los procesos mentales antiguos y fijados, tendiendo a reintroducirlos en la realidad presente y a satisfacer, en ella, las pulsiones reprimidas, por lo que, en alguna medida, puede juzgarse como una fuerza que moviliza e intenta resolver los procesos psíquicos bloqueados.

Al mismo tiempo, esta inextricable mezcla de pasado y presente en la transferencia es lo que permite un pleno reconocimiento de las experiencias infantiles. Gracias a la interpretación que de ello se le ofrece, le es posible al paciente revivir ansiedades, afectos, pulsiones y fantasías de su vida infantil, no como un mero recuerdo o una intelectual elucubración, sino como una experiencia actual, viva y sensible, que toma cuerpo, forma y contenido en sus relaciones con el terapeuta.

3.5.4. *Universalidad de la transferencia*

Varios autores han subrayado que sería una falacia considerar que la transferencia puede ser expresada libre de cualquier conexión con el presente (Kohut, H., 1959; Loewald, H., 1960). Ya en *La interpretación de los sueños* Freud usa el término transferencia para referirse al hecho de que ninguna idea inconsciente puede ser expresada directamente como tal, sino tan sólo a través de su conexión con un contenido consciente o preconsciente. En el sueño —fenómeno del cual se ocupa Freud al expresar estos pensamientos— la transferencia tiene lugar desde un deseo inconsciente a un residuo vigil, es decir, elementos de la vida diurna del soñante, que han sido conscientes en un momento dado y que aparecen en el sueño vehiculando las fantasías inconscientes reprimidas que, sin ellos, no hubieran alcanzado la conciencia. De la misma manera, podemos decir que, así como el residuo diurno es el soporte en el que se apoyan las pulsiones reprimidas para expresarse en el sueño, también la transferencia en la situación terapéutica se manifiesta a través de las realidades actuales de la vida del paciente, tanto en la situación analítica como fuera de ella (Gill, M., 1982).

Freud subrayó, desde el comienzo, que la tendencia humana a desarrollar transferencia es universal, y es, precisamente, a causa de este rasgo universal por lo que existe una abundante discusión en la literatura psicoanalítica acerca de la relación entre transferencia y tratamiento psicoanalítico. En realidad, podemos decir que lo más específico de la transferencia en el análisis es el uso que hacemos de ella (Szasz, T., 1963). Podemos asegurar que el proceso transferencial no se limita a la situación analítica, sino que juega una parte importante en todas las relaciones humanas, ya sea con seres animados o inanimados, o con ideas abstractas. Por tanto, debemos distinguir dos clases de transferencia, la analítica y la no analítica. Ello es tanto como enunciar que en toda relación psicoterapéutica existe el desarrollo de un proceso transferencial que el terapeuta podrá aprovechar para sus fines, lo cual no es equivalente a decir que en la p. p. deba siempre interpretarse la transferencia, asunto éste sobre el que volveré más adelante. Ahora bien, lo que es indudable es que la metodología de trabajo propia de la situación psicoanalítica crea unas condiciones excepcionalmente favorables para el desarrollo y el estudio de la transferencia. Esta situación analítica difiere de las otras en dos aspectos: primero, porque facilita el desarrollo de una intensa reacción transferencial en el paciente; segundo, porque se trata de una situación en la cual la transferencia puede ser estudiada y comprendida en su significado.

Algunos autores distinguen entre transferencia y neurosis de transferencia (Zetzel, E., 1956; Hoffer, W., 1956). Generalmente, los analistas hablan de transferencia cuando se refieren a ideas aisladas, afectos y pautas de conducta que se manifiestan hacia el analista y que son la repetición de experiencias similares vividas en la infancia del paciente.

Hablan de neurosis de transferencia cuando se refieren a la reproducción del conflicto nuclear infantil que ha dado lugar a la detención, más o menos grave, del desarrollo mental, a la utilización de los mecanismos de defensa y la aparición de los síntomas, inhibiciones, trastornos de la personalidad, etc., que aquejan al paciente. La imprecisión en el uso de estos términos deriva de la carencia de criterios definidos que nos permitan precisar la cantidad de transferencia requerida para poder hablar legítimamente de neurosis de transferencia. La distinción entre ambos conceptos es, por tanto, arbitraria y de difícil aplicación en la práctica.

En cualquier caso, hemos de tener en cuenta que en la situación analítica o psicoterapéutica el concepto de transferencia implica siempre un juicio por parte del terapeuta. Así, por ejemplo, la idealización que de su terapeuta realiza el paciente puede ser considerada como irreal y debida a la transferencia. Al decir esto, queda claro que aquí interviene el juicio del terapeuta para catalogar los sentimientos del paciente como transferenciales. Siendo esto cierto, a la vez puede producir confusiones que es conveniente tener en cuenta, ya que, muy frecuentemente, los psicoterapeutas cometen graves errores en este punto. Para intentar dejar la cuestión lo más clara posible recordemos que al hablar de transferencia se quiere indicar que el paciente está reviviendo en la relación con su terapeuta aquellas emociones e impulsos que, en el pretérito, se dirigieron hacia sus objetos y que, en la actualidad, continúan existiendo en su mundo interno. Siguiendo esta premisa, se habla de transferencia cuando se supone que cualquier acción o sentimiento del paciente que no se halla ajustado a la realidad de su relación con el terapeuta es la expresión de las fantasías y pulsiones básicamente dirigidas hacia los objetos de su niñez, reflejadas en la figura de aquél o en otras imágenes de su vida cotidiana. De acuerdo con esta tesis, por tanto, parecería que los deseos y sentimientos adecuadamente adaptados a la realidad del trato con el terapeuta o a las circunstancias de la vida habitual —o en el exterior— y expresados verbalmente en el transcurso de la sesión no deberían ser considerados como transferenciales. Desde este punto de vista, podría decirse que todo aquello que el paciente manifiesta en el transcurso de la sesión podría ser dividido en transferencial y no transferencial. Pero, y ahí reside la confusión, esto no es verdaderamente cierto, o sólo es cierto en determinada medida. Y digo que no es cierto porque expresado de esta forma constituye un concepto rígido de la transferencia, como de algo pasado que ahora se reproduce erróneamente, cuando, en realidad, de lo que se trata es de que la transferencia es la expresión actual de una situación total (Klein, M., 1952; Joseph, B., 1985). El paciente se halla constantemente inserto en una vinculación afectiva, su relación con el terapeuta. Todo cuanto dice —y hace— va dirigido hacia el terapeuta, a él se lo está diciendo en este preciso momento. Los pensamientos y sentimientos que expresa, por ajustados a la realidad que puedan parecer —la descripción de un suceso ocurrido pocas horas antes, por ejemplo—, son siempre una forma de transmitir al terapeuta las fantasías inconscientes que, en aquel

momento, le está proyectando o, dicho de otra manera; el tipo de objeto interno arcaico en que quiere transformarlo. Y siendo esto así, por tanto, no puede decirse que en el curso de una sesión analítica o psicoterapéutica haya expresiones del paciente no transferenciales. Todas ellas lo son, aun cuando algunas, como el caso de la idealización a la que antes me refería, de una forma más acusada y fácilmente detectable que otras. Distinto es, naturalmente, que en toda ocasión pueda descubrirse el sentido transferencial de las manifestaciones y acciones del paciente durante la sesión, como también lo es la conveniencia o no de darle a conocer el significado de sus palabras en este nivel inconsciente transferencial. Lo que sí interesa dejar bien claro es que cada vez que el paciente expresa algo, una idea, un pensamiento, una emoción, una realidad externa, etc., lo que con ello hace es poner de manifiesto su relación con el terapeuta, asimilado por él a un objeto arcaico, en aquel momento. No deben entenderse como transferenciales, por tanto, sólo aquellas producciones del paciente consistentes en referencias directas a la figura del terapeuta. Ni tampoco tan sólo aquellas expresiones que se consideren no ajustadas a la realidad. En un sentido amplio, todo lo que el paciente hace o dice en el curso de la sesión terapéutica es transferencial.

3.5.5. *Perspectiva kleiniana de la transferencia*

A fin de lograr una mayor profundización en la comprensión de los fenómenos transferenciales, me parece de gran interés ofrecer una síntesis de las ideas de Melanie Klein respecto a la transferencia y sus orígenes (1952). El lector advertirá que los conceptos que desarrollaré a continuación se hallan íntimamente enlazados con los expuestos en el capítulo correspondiente al estudio del mundo interno y las relaciones objetales.

Para M. Klein, las relaciones de objeto se hallan en el centro de la vida emocional de todos los sujetos, desde el comienzo de la vida misma. Además, el amor, el odio, las fantasías, ansiedades y defensas se encuentran, también, presentes desde el principio, inseparablemente unidas a las relaciones objetales. Sostiene, por tanto, que la transferencia tiene su nacimiento en el mismo tipo de procesos que, en las etapas primeras de la vida, dan lugar al desarrollo de las relaciones objetales. El temprano interjuego entre amor y odio, entre la agresividad y las ansiedades paranoides, la voracidad, la envidia y la culpa, y, en resumen, la discordante variedad de sentimientos, fantasías e impulsos dirigidos en la temprana vida hacia los primeros objetos, dará lugar, posteriormente, a la gran complejidad, ambivalencia y multiplicidad de la trama transferencial. Ello nos permite comprender que, en el curso de la terapéutica analítica, el psicoanalista puede desempeñar en distintos momentos —e incluso, a veces, simultáneamente— el papel del padre, de la madre, del ello, de una parte del superyó, etc., y todos ellos, de forma total o parcial. Aun cuando en la vida del niño pequeño intervienen relativamente pocas per-

sonas, como ya hemos visto en el apartado destinado al mundo interno, estas pocas personas son vividas desde distintos ángulos y perspectivas, revestidas de amor, de odio, de agresividad, etc. A causa de ello, el terapeuta puede representar, en diferentes momentos, total o parcialmente, cualquiera de los objetos internos del paciente, así como partes del *self* de éste. Naturalmente, esta reproducción en la figura del analista de los objetos de la infancia no se efectúa tal como ellos eran en la realidad, sino tal como fueron vividos por el bebé en aquel momento, distorsionados por las fantasías que les fueron proyectadas, el odio, la envidia, la idealización y la voracidad, escindidos por los mecanismos de disociación y, consecuentemente, introyectados como objetos parciales, destruidos, perseguidores, etc. Naturalmente, también incorporados como objetos amorosos que cuidaban, que protegían, que recibían las pulsiones libidinales del bebé y a los cuales se sentía fuente de vida. Todos estos objetos arcaicos que existen en el mundo interno del paciente son proyectados de nuevo, en los distintos momentos del tratamiento, en el terapeuta, a quien se intenta confundir con el objeto arcaico proyectado, para reintroyectarlo así transformado y recomenzar el círculo conflictivo inacabable que se expresa en la transferencia. Las fluctuaciones en la mente del niño, desde el punto de vista de la relación con sus objetos, son muy rápidas, y ello explica que posteriormente, en la transferencia, los cambios y las alternativas se sucedan con similar rapidez, de manera que en una misma sesión el terapeuta puede representar el papel de objeto materno, total o parcial, de objeto perseguidor o amoroso, de distintos aspectos del propio *self*, etc.

Muy frecuentemente, el analista representa, a la vez, ambos padres, los cuales son sentidos por el paciente en alianza hostil contra el bebé, constituyendo lo que M. Klein llama la «figura combinada». Esta figura combinada es típica de los períodos precoces de la situación edípica, y su persistencia en la mente del bebé impide la incorporación adecuada de los objetos en su función materna y paterna respectivamente, la estabilización en el mundo interno de unos objetos amorosos y confiables, y, por tanto, el crecimiento mental y la maduración de la sexualidad a través de la elaboración de una situación edípica plenamente discriminada. Cuando el bebé se siente frustrado en la satisfacción de sus necesidades —por causas externas o internas— imagina que ambos objetos —materno y paterno— están recibiendo el uno del otro el amor y la gratificación por cuya ausencia él está sufriendo, lo cual reactiva sus sentimientos de envidia, odio y suspicacia. Esta combinación de frustración y sentimientos de envidia y celos dirigidos hacia el analista, a quien se vive como una figura combinada que se ofrece a sí misma aquello que el paciente cree que le es negado, se presenta con gran frecuencia en el curso de la terapéutica psicoanalítica.

En conjunto, por tanto, y de acuerdo con las ideas de M. Klein, la transferencia surge como una reproducción, en el aquí y el ahora, de las primeras experiencias emocionales del bebé con sus primeros objetos.

Sin embargo, también las vicisitudes más tardías en las relaciones objetales se imbrican en el proceso transferencial, de manera que en éste vienen a resumirse las diversas alternativas que se han ido produciendo en la estructura de dichas relaciones, desde sus más tempranos principios hasta el momento en el que tiene lugar el encuentro terapéutico. En éste, a través de la cuidadosa discriminación y vinculación, por parte del terapeuta, de las primeras experiencias con las más tardías, el pasado y el presente, como dice M. Klein, aparecen integrados en la mente del paciente.

3.5.6. Regresión del «self» y del objeto en la transferencia

Un aspecto importante de la transferencia en la situación analítica, generalmente poco tenido en cuenta, es que en ella encontramos dos distintos procesos que se complementan: la regresión del *self*—del analizado— y la regresión del objeto —el analista— con el cual este *self* se relaciona. La secuencia de los hechos es la siguiente:

a) La regresión del paciente, inducida por el conjunto de la metodología psicoanalítica, que tiende a facilitarla para dar lugar a la aparición de la transferencia;

b) el proceso de la transferencia, el cual, aun cuando tenga lugar entre analista y analizado es, en su origen, un fenómeno intrapsíquico, y

c) la comunicación al analista de la predominantemente inconsciente y conflictiva situación infantil reactivada (Moeller, M.L., 1977).

Para comprender esta secuencia en todo su sentido, debemos recordar que lo más esencial de la transferencia consiste en la substitución de un temprano objeto por la persona del analista, así como en la emergencia de necesidades infantiles inconscientes en relación con este objeto temprano, las cuales se dirigen, ahora, hacia la persona que lo reemplaza, el terapeuta. El yo del paciente, por tanto, intenta establecer una identidad entre la representación infantil del objeto —los padres— y la representación actual del objeto, es decir, el analista (Nunberg, H., 1951). A la vez, las pulsiones y sentimientos inconscientes son desplazados desde la representación infantil del objeto a la actual representación de éste que el paciente ha formado a partir de su analista. La regresión, por tanto, no moviliza tan sólo un objeto infantil, sino que también actualiza aspectos infantiles del *self* correspondientes al mismo período temprano.

Es experiencia común entre los analistas que en muchas ocasiones los pacientes se comportan, parcialmente, como niños y, muy frecuentemente, ellos son conscientes de esta situación y manifiestan sentir sus sentimientos y su comportamiento modificados en un sentido infantil, aun cuando, al mismo tiempo, en sus relaciones ordinarias y ocupaciones profesionales sigan conduciéndose de acuerdo con su edad real. Esto es debido a que, a causa de la regresión, el *self* actual del paciente se ha mezclado con su *self* infantil reactivado, y las necesidades infantiles de

este último se han infiltrado en el primero. Por tanto, en la transferencia no existe tan sólo una regresión que conlleva la substitución de un objeto infantil por uno actual —el analista— hacia el cual se dirigen los sentimientos que correspondían al primero, sino también una regresión y cambio de la representación del *self*. En otras palabras, no se produce tan sólo en la transferencia, tal como comúnmente acostumbra a pensarse, la substitución de un objeto infantil por una representación distorsionada de un objeto actual, sino también la substitución, aunque parcial, del *self* actual por una representación del *self* infantil. Hemos de tener en cuenta que también la regresión del objeto es sólo parcial, ya que el analizado no deja de conocer al analista en su realidad actual, excepto tal vez en casos de extrema desintegración psicótica. En otras palabras, el paciente ve al analista con doble visión. Dentro de la transferencia tiene del analista una imagen distorsionada por los objetos arcaicos que le proyecta; dentro de la estructura de las relaciones reales y de la relación de trabajo establecida tiene la imagen de un profesional de quien espera ayuda para él.

Esto último nos lleva a recordar dos aspectos esenciales en el concepto de la transferencia. El primero de ellos estriba en que la transferencia no es una simple reproducción de unas relaciones de objeto tempranas, sino que estas relaciones tempranas sufren, en el proceso que denominamos transferencia, modificaciones y adaptaciones defensivas que las hacen casi irreconocibles y que, además, se hallan al servicio de la resistencia a recordar. El paciente repite en lugar de recordar (Freud, S., 1922). En segundo lugar, se encuentra el hecho de que la transferencia se desarrolla, como ya he dicho, intrapsíquicamente, pero, al mismo tiempo, estrechamente vinculada a la relación actual con el analista. La relación real y la relación transferencial se influyen de continuo mutuamente la una a la otra. Ciertamente, no creo que pueda comprenderse totalmente la transferencia sin tener en cuenta la relación real, ni que sea posible concebir claramente la relación real sin entender qué es lo que está ocurriendo en la relación transferencial.

3.5.7. Formas especiales de transferencia

Dos tipos de transferencia ofrecen características peculiares, tanto en su presentación como en lo que se refiere a la mayor dificultad que ofrecen para su manejo. Se trata de la transferencia erotizada y de la transferencia psicótica. Para su exposición me basaré, en parte, en las ideas formuladas por J. Sandler, C. Dare y A. Holder (1972).

Ya Freud describió (1915) casos en los cuales el paciente se declara rendidamente enamorado de su analista, demanda a éste que le corresponda en su amor y se muestra totalmente desinteresado de las interpretaciones que se le ofrecen, así como de los objetivos de comprensión de su inconsciente y modificación de sus síntomas o comportamiento que en un principio le impulsaron a buscar el tratamiento. Freud sugirió que,

en ocasiones, se hace de todo punto necesario remitir este tipo de paciente a otro analista.

R. Greenson (1967) y E. Rapaport (1956) sugieren que en la transferencia normal el sujeto siente y se comporta «como si» el analista fuera el objeto de su infancia, pero que en la transferencia erotizada el analista «es» dicho objeto, no siendo el paciente capaz de tomar conciencia de este «como si». En tales casos, el paciente no se siente avergonzado o extrañado de sus demandas eróticas, sino que las expresa como algo natural, a lo que tiene derecho, y muestra extrañeza e incompreensión ante el hecho de que el analista continúe con su actitud interpretativa sin acceder a ellas. Esta erotización de la transferencia pone de manifiesto una perturbación del sentido de la realidad y es indicativa, por tanto, de la existencia de importantes núcleos psicóticos en la personalidad del paciente, aun cuando éste, en su comportamiento externo, no muestre síntomas clínicos de psicosis.

Puede argüirse que, en estos casos, no existe propiamente transferencia, puesto que el intento de convertir al terapeuta en el objeto que ha de satisfacer las necesidades amorosas actuales no es transferencia, ya que el paciente no proyecta en el analista los sentimientos y pulsiones dirigidos hacia sus primeros objetos, sino que trata de transformar al analista a imagen y semejanza del objeto deseado. Sin embargo, J. Sandler argumenta que, en apoyo de la tesis transferencial, hemos de tener en cuenta que hablamos siempre de una «escondida» repetición de experiencias y relaciones tempranas en la transferencia, indicando con ello que el paciente no es consciente de la repetición del pasado en el presente. Por tanto, es igualmente posible para un paciente tener una transferencia erotizada de esta clase sin darse cuenta de cómo en sus relaciones con el terapeuta se halla el pasado involucrado.

Por mi parte, quiero añadir que debe distinguirse esta transferencia en la cual el paciente es claramente consciente de sus expresiones de amor y sus peticiones de ser correspondido en este sentido, así como de su falta de interés por el trabajo terapéutico, de aquellas formas de transferencia sutilmente erotizada que se presentan, tal vez, bajo la capa de un extraordinario interés por el tratamiento, de una aceptación inmediata de las interpretaciones, de un afán por constituir una pareja ideal paciente - terapeuta. En estas últimas, la erotización se halla más al servicio de la envidia y la destrucción. El paciente no puede tolerar las capacidades de contención y comprensión del analista, su dependencia de él, e intenta apaciguar la envidia que ello le produce pervirtiendo la relación, intentando con la erotización anular las funciones mentales de aquél y ahogar en su propio interior al bebé que precisa ayuda y alimento mental, para dar paso al niño omnipotente que seduce a la pareja de padres y rompe su unidad. El primer tipo de transferencia erotizada referido, abierta, franca y con olvido de la realidad de la situación profesional corresponde al predominio de núcleos psicóticos en la personalidad. El segundo tipo depende de la estructura perversa de la mente del paciente.

Por otra parte, autores como H.A. Rosenfeld (1950, 1969), H. Segal (1950), H.F. Searles (1963), R. Wallerstein (1967), etc., refieren las formas de transferencia que aparecen en el análisis de pacientes abiertamente psicóticos o con cuadros más atenuados de esquizofrenia ambulatoria. Sabemos que Freud pensó (1911, 1914) que la transferencia no se presentaba en lo que él llamó «neurosis narcisistas», que corresponden a lo que hoy día denominamos psicosis funcionales. Más adelante, los autores que han realizado análisis de psicóticos han demostrado plenamente la existencia de una transferencia masiva e intensa en los enfermos psicóticos. Sin embargo, la verdadera dificultad, como dice H.A. Rosenfeld (1952), no estriba en la ausencia de transferencia, sino en saber reconocerla e interpretarla en los pacientes esquizofrénicos. Considera que, en gran parte, uno de los rasgos más característicos de la transferencia del esquizofrénico y que más contribuye a las dificultades para su interpretación, consiste en la tendencia de estos pacientes a confundirse totalmente con el objeto de su odio y amor. Actualmente, no cabe duda de que la especial interacción de estos pacientes esquizofrénicos con el terapeuta cae totalmente dentro del concepto de transferencia, y que, de la misma manera que hablamos de «neurosis transferencial», podemos referirnos a una «psicosis transferencial». H.F. Searles explica que ha trabajado con pacientes tan profundamente indiferenciados que tan sólo después de varios años de análisis han sido capaces de distinguir entre el «dentro» y el «afuera». Él, por su parte, describe cuatro formas de transferencia psicótica.

a) Situaciones transferenciales en las cuales el terapeuta siente como si el paciente no se relacionara con él. En este tipo de situaciones, el analista percibe que el paciente se relaciona con él como si de un animal, objeto inanimado o cualquier cosa no humana se tratara. La opinión de Searles es la de que tales formas de relación pueden ser genéticamente adscritas a aquellos períodos de la infancia en los que el niño vivía en un mundo de objetos parciales, la etapa durante la cual no había alcanzado aún la capacidad para diferenciar lo animado de lo inanimado, lo humano de lo no humano, y no había construido, a través de las sucesivas experiencias de relación, una imagen separada y total de sí mismo y de su madre. Searles considera este tipo de transferencia como correspondiente a la fase de la vida que M. Mahler (1952) denomina de autismo infantil, en que el bebé no ha reconocido aún a la madre ni desarrollado lo que en la etapa siguiente se presenta como relación simbiótica con ella.

b) En la siguiente categoría de relación transferencial psicótica se incluyen aquellas situaciones en las cuales el terapeuta siente que el paciente se relaciona con él, pero que esta relación es profundamente ambivalente. Su concepto teórico de tales situaciones es el de que corresponden a una etapa en la que la simbiosis madre - bebé se ha establecido con un grado de ambivalencia excesivamente fuerte como para permitir al niño continuar una sana secuencia de identificación con la madre que posibilite, a su vez, una individuación sólidamente establecida.

c) La tercera categoría de situaciones de psicosis transferenceal incluye aquellas en las que ésta representa un esfuerzo, por parte del paciente, para complementar la personalidad del terapeuta, o para ayudar al terapeuta-objeto a establecerse como una persona total y separada. Searles considera que este tipo de transferencia tiene sus raíces en aquellas tempranas etapas de la vida en las cuales uno o ambos padres no han sido suficientemente capaces de tolerar la resolución de la relación simbiótica. A causa de que ellos son tan sólo capaces de relacionarse simbióticamente con el niño, éste siente que la resolución de este tipo de vinculación significaría la muerte, y, a causa de esto, su propia potencialidad de individuación es experimentada como amenazadora y homicida.

d) La cuarta variedad de la transferencia psicótica es aquella en la cual el paciente trata de que el terapeuta piense por él, pero, al mismo tiempo, intenta zafarse de este tipo de vinculación de una manera que el terapeuta siente sádica y castradora, como un intento de anular sus esfuerzos por ayudarle a convertirse en un individuo capaz de funcionar autónoma y separadamente.

En conjunto, podemos decir, en relación a la transferencia psicótica y a la transferencia erotizada, que la repetición del pasado se presenta de la misma manera que en la transferencia que llamamos normal o neurótica, pero adoptando distintas formas. En la transferencia «normal», se conserva el juicio de realidad y el paciente es capaz, al tiempo que experimenta sentimientos, fantasías y deseos en relación al terapeuta, de observarse a sí mismo como a una tercera persona, y, en una parte adulta y razonadora de sí mismo, percibe lo que está ocurriendo. En estas formas especiales de transferencia, en cambio, el juicio de realidad se pierde, al tiempo que el paciente carece de la capacidad de autoobservación y que desaparece la cualidad que antes he denominado «como si» de la transferencia. Es decir, por tanto, el matiz diferencial más importante entre las transferencias neuróticas o normales y las formas que he descrito como de especial dificultad y características psicóticas o erotizadas, viene dado por la actitud del paciente hacia su propia conducta.

3.6. La contratransferencia

3.6.1. *Diversas acepciones del término contratransferencia*

El término contratransferencia ha sido revestido de distintos significados desde que comenzó a ser empleado. Las definiciones acerca de la contratransferencia han experimentado variaciones sutiles y matizadas a partir de las primeras discusiones en torno de este concepto, y, aun en el momento actual, existe una amplia divergencia de opiniones en relación a lo que debe ser incluido en él. Por mi parte, anticiparé que la contratransferencia es un fenómeno mental en todo tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico y que su comprensión y adecuada utilización son de

primordial importancia para todo el desarrollo del proceso. Debido a ello, y teniendo en cuenta que generalmente es sentido como algo menos conocido y más amedrantador que la transferencia, intentaré ahora profundizar un tanto en la teoría de la contratransferencia y en aquellas de sus características que la convierten en un instrumento de primer orden para el trabajo terapéutico.

Aun cuando siempre que, a lo largo de este volumen, utilice el término contratransferencia lo haré en el sentido que yo doy al término siguiendo a autores como P. Heimann (1950), H. Racker (1960), R.E. Money-Kyrle (1956), J. Sandler (1976), H. Segal (1977), P. Bofill y P. Folch (1962), etc., creo que facilitará su comprensión una brevíssima síntesis panorámica de la evolución histórica por él sufrida, así como de los diversos sentidos con los que, hasta el momento, ha venido siendo utilizado. Para ello me basaré, en parte, en varias de las ideas expuestas por D. Orr (1954) en su trabajo de revisión de los conceptos de transferencia y contratransferencia.

Freud introdujo el concepto de contratransferencia en 1910, refiriéndose a ella como algo que surge en el terapeuta como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes, y advirtió acerca de la necesidad de que el analista reconociera y superara estos sentimientos, hasta el punto que, según él, quienes no son capaces de hacerlo no pueden tratar a sus pacientes con el método psicoanalítico. Queda claro que, en un comienzo, Freud vio la contratransferencia como un peligroso e indeseable parásito que podía interferir nocivamente en las relaciones analista - analizado y que debía ser «superado» para que no hiriera de muerte el tratamiento. Pese a que, posteriormente, el mismo Freud modificó esta idea y, de forma implícita, reconoció la utilidad de la contratransferencia para llegar a un más cabal conocimiento de la situación mental del paciente y de su relación neurótica con el analista, son numerosos los autores que, de una u otra forma, continúan contemplando la contratransferencia como un fenómeno indeseable, producto de los conflictos emocionales insuficientemente analizados y no resueltos del terapeuta, y pensando que lo único que importa de ella es reconocerla a fin de impedir que perturbe la correcta actuación del analista.

E. Glover (1927-1928) distingue entre contratransferencia negativa y positiva, y considera a ambas una respuesta del analista a la neurosis de transferencia del analizado, con rasgos característicos propios de la personalidad del analista.

O. English y G. Pearson (1937) son, tal vez, los primeros autores que aceptan una definición amplia de la contratransferencia no considerándola limitada necesariamente a los conflictos inconscientes del analista, reactivados por la relación con el paciente. Opinan que es imposible para el terapeuta no tener alguna actitud emocional hacia el paciente, y que a tal actitud debemos llamarla contratransferencia. Es decir, según ellos, y éste es un punto de vista que yo comparto, todo lo que el analista siente hacia su paciente es contratransferencia.

E. y M. Bálint (1939) otorgan un sentido muy amplio al término. Subrayan que el analista influye en el paciente de múltiples maneras, tales como el tipo de consultorio en que le recibe, el arreglo del mismo, la disposición del diván y el sillón, la frecuencia, tono afectivo y dicción con que son expresadas las interpretaciones, y, en conjunto la manera global de llevar a cabo su trabajo. Y a la síntesis de todos estos rasgos que de una u otra forma inciden en la transferencia, es a lo que ellos llaman contratransferencia. Consideran, al mismo tiempo, que esto no presupone que las distintas atmósferas psicoanalíticas derivadas de las diversas personalidades de los analistas hayan de ejercer una presión decisiva sobre la transferencia y, por tanto, sobre el resultado terapéutico, sino que los pacientes, por regla general, tienen la capacidad de adaptarse, sin grandes repercusiones en su propio desarrollo transferencial, a la peculiar disposición contratransferencial con que se encuentran. Pero esto, siempre y cuando, naturalmente, el analista no olvide que el paciente ha acudido al análisis para conocer su inconsciente y no el del terapeuta, y no haga recaer sobre él, con excesivo gravamen, el peso de sus propias características emocionales.

D. Winnicott (1949) distingue entre diversas clases de actitudes en el analista. Por un lado, la que él denomina contratransferencia anormal, constituida por un tipo de relación basada en los conflictos inconscientes del analista, la existencia de la cual hace aconsejable que éste se someta a un nuevo análisis. Por otro lado, tendencias, identificaciones y formas de relación pertenecientes a experiencias individuales y desarrollos personales del analista, a través de los cuales puede proporcionar un marco positivo a su trabajo analítico, al tiempo que éste adquiere unas características peculiares que lo hacen inconfundible con el de otro analista. Finalmente, diferencia de estos dos tipos de actitudes la verdadera contratransferencia objetiva, es decir, el odio y el amor del analista como respuesta a la personalidad y comportamiento del paciente objetivamente observados.

P. Heimann (1950), cuyos puntos de vista comparto, usa el término contratransferencia para referirse a la totalidad de los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente, y juzga que esta respuesta emocional del analista hacia su paciente constituye un inapreciable instrumento de trabajo, ya que ella es una eficaz ayuda para la investigación del inconsciente del paciente. En su opinión, lo que caracteriza la relación analítica no es la presencia de sentimientos en uno de los componentes del proceso, el paciente, y la falta de ellos en el otro, el analista, sino la cualidad de los sentimientos experimentados y el uso que de ellos se hace. El analista no formula interpretaciones sobre una base puramente intelectual, sino que, gracias a su propio análisis, ha de ser capaz de contener los sentimientos que el paciente suscita en él, en lugar de descargarlos como hace el paciente, a fin de emplearlos en su tarea de comprender el inconsciente de éste. La presunción básica de esta autora es la de que el inconsciente del analista comprende al del paciente, y esta

comprensión en las profundidades del inconsciente es la que emerge en aquellos sentimientos de los que el analista se percató como de una respuesta frente a la comunicación y las proyecciones que recibe. Al conjunto de estos sentimientos es a lo que denominamos su contratransferencia. Ésta es la vía más directa y dinámica en la que la comunicación del paciente llega hasta el analista.

Ahora bien, los sentimientos del analista frente a su paciente deben ser, dice P. Heimann, extensivos más bien que intensivos, diferenciados y móviles, ya que si se tratara de sentimientos violentos, intensos e intolerables ofuscarían la capacidad de observar y comprender, e impulsarían hacia la acción, lo cual constituiría la antítesis de las metas analíticas. Por el contrario, cuando los sentimientos contratransferenciales quedan contenidos dentro de los límites adecuados y tienen la movilidad y flexibilidad a que antes me he referido, muy frecuentemente se acercan más íntimamente al núcleo del problema de lo que alcanza el razonamiento. Es decir, en palabras de P. Heimann, la percepción inconsciente del inconsciente del paciente, por parte del analista, es mucho más aguda y avanzada que su concepto consciente de la situación.

H. Racker (1957, 1960) concuerda, en lo esencial, con las opiniones de P. Heimann, aun cuando en sus extensos trabajos en torno a la contratransferencia detalla con mayor amplitud sus diversos aspectos o formas. Considera que, de la misma manera que la transferencia existe siempre y se manifiesta siempre, también la contratransferencia se presenta y se expresa en toda ocasión, sean cuales fueren las dificultades para interpretarla. Para este autor, la contratransferencia puede ser el máximo peligro cuando se trata de la contratransferencia neurotica, fundamentalmente basada en los conflictos inconscientes del analista— y, a la vez, una herramienta esencial para la comprensión del inconsciente del paciente. Por otro lado, incluye poderosamente en el comportamiento del terapeuta durante la situación analítica, en la cual el paciente ha de encontrarse con la objetividad y la comprensión necesarias para la modificación y evaluación de sus ansiedades e inhibiciones infantiles.

De suma importancia me parece la distinción que Racker realiza entre identificaciones concordantes e identificaciones complementarias en la base de la contratransferencia. Para comprender tal distinción, es menester tener en cuenta que el terapeuta para entender tiene que identificarse con el paciente, o, dicho de una forma más precisa, cada parte de su personalidad ha de identificarse con la correspondiente de aquél: yo con yo, ello con ello, superyó con superyó, haciéndose consciente de las identificaciones. Éstas son las identificaciones concordantes u homólogas. Pero, además, este esfuerzo por comprender al paciente da lugar a las identificaciones de su yo con los objetos internos del analizado, a las que Racker denomina identificaciones complementarias.

La resonancia de lo externo, así como la introyección y la proyección, son la base de las identificaciones concordantes y del reconocimiento de lo propio como ajeno y de lo ajeno como propio. Las identificacio-

nes complementarias tienen su punto de partida en el hecho de que el paciente intenta transformar al analista en uno de sus objetos internos arcaicos —objetos arcaicos que variarán según el momento de la situación analítica—, lo cual da lugar a que el analista, contratransferencialmente, se sienta identificado con dicho objeto. Si es consciente de tal identificación, podrá conservar su comportamiento adecuado como terapeuta e interpretar correctamente. Por otra parte, si rechaza la identificación concordante recusa, al mismo tiempo, la parte del analizado que corresponde a dicha identificación.

Por un lado, por tanto, existe una unidad o identidad aproximada entre aspectos del sujeto —el analista como ser que intenta comprender— y del objeto —el analizado como ser a estudiar— y al conjunto de los procesos conducentes a esta unidad puede llamarse contratransferencia concordante. Por otro lado, el terapeuta puede identificarse con los objetos internos arcaicos del paciente y, al mismo tiempo, en virtud de la «transferencia del analista», el paciente representa también objetos arcaicos internos de éste. A la totalidad de estos procesos podemos llamarla contratransferencia complementaria. Así las cosas, lo más sencillo y comprensible es reservar el nombre de contratransferencia para la respuesta global del terapeuta ante el paciente.

M. Little (1951) manifiesta que el término contratransferencia es utilizado según los siguientes significados:

- a) Los sentimientos inconscientes del analista hacia su paciente.
- b) Los elementos reprimidos e insuficientemente analizados del analista, los cuales son proyectados «transferencialmente» en el paciente.
- c) Algunas actitudes o mecanismos específicos con los cuales el analista hace frente a la transferencia del paciente.
- d) La totalidad de las actitudes del analista hacia su paciente. Este cuarto punto incluye los tres precedentes, así como cualquiera otra actitud y sentimiento inconscientes.

R. Fliess (1951) relaciona contratransferencia y contraidentificación, y las distingue de la identificación no regresiva o empatía. Para él, la contratransferencia es el equivalente, en el analista, de la transferencia en el paciente, pero así como esta última, la transferencia, es necesaria e indispensable para el tratamiento, la contratransferencia representa una interferencia indeseable. Considera que, por ser de naturaleza regresiva, la contratransferencia es, por lo menos en parte, una contraidentificación, y juzga que en ésta la identificación es mutua, que existe una respuesta del analista a la identificación por parte del paciente y que en ambos, paciente y analista, se produce la repetición de una temprana identificación estructurante. Esta identificación regresiva, según este autor, interfiere, por su misma naturaleza, con la identificación no regresiva, la empatía, la cual es totalmente indispensable y representa un movimiento emocional e intelectual propio de la tarea analítica.

3.6.2. Diferentes aspectos de la contratransferencia

R.E. Money-Kyrle (1956), dentro de una línea de pensamiento emparentada con la de P. Heimann, se pregunta qué es la contratransferencia normal, cómo llega a perturbarse y de qué manera puede ser corregida esta perturbación. Creo que las ideas de este autor, que intentaré sintetizar, son extraordinariamente útiles para comprender la dinámica de todo tratamiento orientado psicoanalítico o psicoterapéuticamente.

Piensa Money-Kyrle que el interés y preocupación por el paciente deriva de la fusión de dos impulsos básicos: el reparativo, el cual contrabalancea las tendencias destructivas existentes en todo ser humano, y el parental. Hasta cierto punto, ambos son normales aun cuando, si alcanzan una intensidad excesiva, ponen de relieve la existencia de una fuerte agresividad inadecuadamente sublimada, causante a su vez de perturbadoras ansiedades. Pese a que el paciente puede representar, simultánea o consecutivamente, objetos e imágenes diversos para el terapeuta, éste se halla específicamente interesado en el niño inconsciente que se halla en la mente del paciente. Y dado que este niño, muy constantemente, trata al analista como a un padre o a una madre, este, en alguna medida, responde al paciente como a un hijo. Ahora bien, el hijo representa para los padres, al menos parcialmente, un aspecto temprano de su *self*, y es, precisamente, a causa de que el analista puede reconocer su *self* temprano debido a su propio análisis como puede también reconocer y comprender al paciente y retornarle esta comprensión. Su empatía y su *insight* dependen de esta suerte de identificación parcial.

Como ya hemos visto, existen dos formas de identificación, de acuerdo con las investigaciones de M. Klein, la identificación introyectiva y la proyectiva. Según Money-Kyrle en el curso de un tratamiento existe una rápida oscilación entre introyección y proyección. Frente a la comunicación del paciente, el terapeuta se identifica introyectivamente con él y, a través de la comprensión del paciente en su propio interior, reproyecta al exterior e interpreta. En esta fase, el paciente es percibido como la representación de una parte temprana, enferma e inmadura del terapeuta, que ahora puede ser reconocida y tratada en el mundo externo. Ésta es para Money-Kyrle la contratransferencia normal.

Pero esta normalidad de la contratransferencia depende, para su persistencia, de la continuidad en la comprensión por parte del terapeuta. Y esta continuidad en la comprensión se quiebra en el momento en que el paciente queda introyectivamente identificado con un aspecto del terapeuta que éste no ha sido capaz de entender en sí mismo. Cuando la comprensión se oscurece, como inevitablemente sucede en todo tratamiento con penosa frecuencia, el terapeuta —tanto en psicoanálisis como en p. p.— no tiene, como los padres y los educadores, oportunidad de acudir a otros procedimientos, ya que su única misión es explicar, es decir, hacer consciente lo inconsciente. Se encuentra, entonces, en una situación difícil, aparentemente sin salida y susceptible de provocar

ansiedad, consciente e inconsciente, y, por desgracia, la ansiedad entorpece aún más la facultad de entender, entrándose, así, en un círculo vicioso que se halla en el origen de las desviaciones de la contratransferencia.

En esta situación de fracaso interpretativo deben considerarse tres factores: la perturbación emocional del terapeuta; la participación del paciente en su aparición, y, finalmente, la repercusión que la misma tiene sobre él.

Si el superyó del terapeuta es amistoso y benévolo, éste podrá soportar, sin excesivo trastorno, los períodos de oscuridad, guardando silencio durante el tiempo indispensable para separar al paciente de sus propios aspectos incomprendidos, intentar entender la causa de la confusión y recuperar el contacto perdido, recobrando, así, la capacidad interpretativa. Pero si el superyó del terapeuta es predominantemente adverso o aun sádico, el fallo se transforma en un sentimiento de culpa persecutoria que le impulsará a actuaciones incorrectas en diversos sentidos.

Piensa Money-Kyrle que una posibilidad, en los casos en que la ineptitud por comprender sea sentida como una culpa persecutoria, es la de que el terapeuta mantenga al paciente introyectado dentro de él. Naturalmente, puede existir una colusión entre la propensión del analista a prolongar la introyección del paciente a quien no puede entender ni ayudar, y la tendencia, por parte del paciente, a proyectar partes de sí mismo, de forma agresiva o controladora. Si el terapeuta no puede tolerar la existencia de un paciente agresivo y culpabilizador dentro de él, es muy posible que recurra a una reproyección defensiva y precipitada que dará lugar a ulteriores dificultades. Entre ellas, la de confundir al paciente en el exterior con aspectos de sí mismo, así como la de sentirse vacío, sin fuerza intelectual y embotada la sensibilidad, a consecuencia de la pérdida de partes del *self* a causa de la proyección de ellas en el paciente.

La contratransferencia positiva o negativa, es decir, aquella caracterizada por un exceso de sentimientos positivos o negativos es, también, el resultado indirecto de la incapacidad de entender al paciente y, por tanto, de interpretar. Frente a esta frustración de sus impulsos reparativos, el terapeuta puede sentirse inclinado a ofrecer alguna forma de amor en lugar de comprensión, o a experimentar hostilidad hacia el paciente a quien hace culpable de la frustración y la ansiedad que está sufriendo. Si el terapeuta no es plenamente consciente de lo que está ocurriendo, comunicará, de una u otra manera, estos sentimientos al paciente, lo cual conlleva un progresivo oscurecimiento y deterioro de la situación. La única manera de romper esta falsa relación conducente a la degradación del proceso terapéutico estriba en la posibilidad de que el terapeuta, silenciosa y contenidamente, pueda analizar sus propias reacciones ante la dificultad de comprender, disminuya sus perturbaciones gracias a este análisis, perciba qué elementos del paciente han quedado identificados y confundidos con aspectos desconocidos y conflictivos del propio *self* y pueda comunicar a aquél el *insight* así adquirido.

J. Sandler (1976) pone de relieve cómo la contratransferencia deriva de la interacción que se desarrolla entre los dos componentes del proceso analítico. Considera que esta interacción entre el paciente y el analista viene, en gran parte, determinada por lo que puede ser denominado como relación intrapsíquica que cada una de las dos partes trata de imponer a la otra. Como ya hemos visto al hablar de transferencia, el paciente, en el análisis, se coloca a sí mismo en un determinado papel, al tiempo que intenta atribuir al analista otro papel complementario del suyo, el papel que corresponde a un objeto arcaico. Es decir, la transferencia representa un intento de imponer una interacción, una interrelación determinada por los dos papeles que son asignados. Los mecanismos y deseos inconscientes del paciente son expresados intrapsíquicamente en imágenes y fantasías en las cuales el *self* y el objeto en interacción desempeñan papeles específicos, los cuales el paciente intenta actualizar —convertir en realidad— de forma enmascarada, dentro de los límites impuestos por el marco y la metodología analíticos, con lo cual repite y trata de imponer sus relaciones infantiles, en lugar de recordarlas. A la vez, el analista escucha, observa con una actitud de atención flotante, es decir, una actitud en la que permite que penetren en su conciencia toda clase de pensamientos, recuerdos, sentimientos y fantasías. Pero, expone Sandler, paralelamente a la atención flotante existe, en el analista, un estado de libre capacidad de respuesta. Su opinión es que las reacciones del analista ante el paciente, constituidas tanto por su comportamiento y palabras como por sus sentimientos y fantasías, quedan incluidas dentro de esta libre capacidad de respuesta, elemento crítico para la utilidad de la contratransferencia.

El punto crucial que Sandler nos señala estriba en que, por una parte, las respuestas del analista al paciente pueden ser consecuencia tan sólo de sus propios problemas, lo cual le obliga a profundizar en su autoanálisis para descubrir la patología subyacente a tales respuestas. Pero, al mismo tiempo, aquellas que podrían parecer respuestas irracionales son susceptibles, con frecuencia, de ser útilmente percibidas como una formación de compromiso entre sus propias tendencias y una «aceptación reflexiva del papel que el paciente intenta forzarle a desempeñar». Evidentemente, no todas las respuestas irracionales que surgen en el analista son provocadas por el paciente, pero sí que es siempre menester tener en cuenta el hecho de que las reacciones aparentemente incomprensibles por parte del terapeuta pueden haber sido provocadas por algún elemento, tal vez difícil de detectar, en la comunicación o el comportamiento del paciente.

A menos que el analista sea consciente del papel que el analizado trata de imponerle se sentirá inclinado, dentro de los límites del marco terapéutico, a responder de acuerdo con este papel; inclinación que, naturalmente, puede mantener reservada y contenida dentro de él en la medida en que la perciba como inapropiada a los fines del tratamiento. La investigación del inconsciente del paciente saldrá beneficiada si el analista es capaz de contemplar estos aspectos de sus sentimientos o de su compor-

tamiento —en los casos en los que la respuesta haya llegado a expresarse de alguna manera— no como algo originado por completo en su interior, sino como un compromiso entre sus propias tendencias y disposiciones, por un lado, y el tipo de papel y de interacción que el paciente trata, inconscientemente, de imponerle, por otro.

H. Segal (1977) considera también la contratransferencia como la más importante fuente de información acerca del inconsciente del paciente así como de la vinculación existente entre éste y el analista. Subraya el hecho de que la mayor parte de la contratransferencia, al igual que la transferencia, es inconsciente, pese a que en muchas ocasiones se piensa en la contratransferencia como constituida tan sólo por los sentimientos inconscientes del analista. En realidad, lo único que conocemos de la contratransferencia son sus derivados conscientes. Ella cree que cuando la contratransferencia funciona adecuadamente, el analista tiene una doble relación con el paciente. Por un lado es receptivo, conteniendo y comprendiendo las comunicaciones del paciente; por otro, es activo, dando comprensión y conocimiento al paciente a través de la interpretación. Por el contrario, cuando la empatía y el contacto con el inconsciente se pierden, siempre debe pensarse en una presión contratransferencial que está perturbando su capacidad de *insight*, ya que, como dice H. Segal, la contratransferencia es el mejor de los sirvientes, pero el peor de los dueños.

Con el nombre de contraidentificación proyectiva ha descrito L. Grinberg (1962) una especial situación de riesgo dentro de la respuesta contratransferencial. Grinberg diferencia la contraidentificación proyectiva de las identificaciones concordantes y complementarias que he descrito al referirme a las aportaciones de Racker, en el sentido de que en la contraidentificación proyectiva la respuesta del analista no depende de sus propios conflictos emocionales, sino que es debida, total o casi totalmente, a la identificación proyectiva del analizado que el analista experimenta de forma pasiva.

En el apartado correspondiente a la transferencia he mencionado que en ella no sólo se produce, como resultado de la regresión, la sustitución del objeto infantil por la representación del objeto actual, sino también la sustitución, aunque parcial, del *self* actual por el *self* infantil. Pues bien, esta situación encuentra su reflejo, como es previsible, en la contratransferencia. Frente al doble mensaje de la transferencia el terapeuta ha de responder con una doble identificación, una identificación con la representación del *self* y otra con la comunicación de la representación del objeto (Moeller, M.L., 1977). Aquí entra en juego, así mismo, lo que antes he citado como capacidad de libre respuesta. Por tanto, el analista ha de ser capaz de identificarse, a la vez, con los aspectos del *self* y con los aspectos del objeto que el paciente le transmite. La relación transferencia - contratransferencia se fundamenta, desde este punto de vista, en el hecho de que el *self* infantil y el objeto se hallan, simultáneamente, en la mente del paciente y en la del analista. Por tanto, en la

contratransferencia el analista debe, a la vez, identificarse con la representación infantil del objeto que el paciente le adscribe, identificarse con el *self* infantil y observar esta doble identificación, disociándose entre participante y observador e incluyendo la conceptualización de un modelo de trabajo.

P. Bofill y P. Folch (1962) distinguen entre contratransferencia en sentido estricto, en cuanto transferencia del analista hacia el paciente, y contratransferencia en sentido amplio, en cuanto reacción total del analista. En su opinión, el sentido restrictivo de la contratransferencia induce a confusión y a ambigüedades al subrayar las analogías entre transferencia y contratransferencia, en perjuicio de las diferencias que existen entre estos dos fenómenos. Entre éstas, mencionan el hecho básico de que la posición fundamental del paciente es la de un sujeto observado que debe expresarse y mostrarse al máximo, mientras que la posición del analista es la de un observador que expresa tan sólo aquello que es necesario para la marcha del proceso analítico, mostrándose a sí mismo tan sólo en lo indispensable. Existe, también, una diferencia desde la perspectiva de la economía pulsional, ya que el analista no experimenta la contratransferencia con la misma intensidad con que el analizado vive su transferencia. Por otra parte, señalan cómo los autores que asimilan la contratransferencia a la transferencia del analista realizan, en su mayoría, un juicio de valor y reducen la primera a lo irracional, anormal y neurótico, es decir, a sus aspectos negativos. Esta actitud parece obedecer, consideran, al afán de preservar una imagen idealizada de un analista que, en todo momento, ha de ser capaz de sublimar sus afectos.

Dentro del concepto de contratransferencia en sentido amplio, P. Bofill y P. Folch, distinguen entre

- 1) la contratransferencia como respuesta del analista a la transferencia del paciente, y
- 2) la contratransferencia como respuesta global del analista al analizado.

Estos autores se declaran decididamente partidarios de esta última forma de entender la contratransferencia; actitud a la que, por mi parte, me adhiero por completo. Para la mejor comprensión de este concepto de la contratransferencia, transcribiré algunas de sus ideas fundamentales sobre esta cuestión:

«De la misma manera que para la transferencia, podemos decir que si todas las vivencias del psicoanalista frente a su paciente no son exclusivamente contratransferenciales, en todas sus respuestas se hallan presentes los elementos contratransferenciales. Esto nos conduce a formular el concepto de contratransferencia en su sentido más amplio.» «La contratransferencia se extiende, por tanto, a toda respuesta del analista hacia su paciente, ya sea que tal respuesta sea provocada por las actitudes transferenciales del paciente, ya lo sea por toda su realidad y comportamiento; la forma de aprehender estas actitudes y esta realidad dependerá de la personalidad del analista, de su pasado, de sus residuos potenciales de

transferencia y de su situación dinámica y económica en cada momento preciso de su relación con el paciente.» «Si debiéramos establecer una definición de la contratransferencia, escogeríamos la siguiente: la contratransferencia es el componente de todas las vivencias, y engloba todas las respuestas del analista hacia su analizado.»

Tal vez lo dicho hasta el momento, con afán didáctico y sintetizador, podría hacernos olvidar que lo que se repite en la transferencia no es un *self* infantil, un objeto arcaico o unas necesidades, sino que lo que verdaderamente se repite es una relación que en su momento fue reprimida y que se presenta, de nuevo, distorsionada por las defensas. Es esta relación la que es comunicada al analista en su totalidad global, y por ello éste puede sentir en sí mismo las tensiones y conflictos entre el-objeto y el *self*, haciéndose capaz de aprehender los matices y vicisitudes de esta interacción. El material de la transferencia no queda limitado, por tanto, al sujeto o al objeto, sino que es, primaria y fundamentalmente, la relación específica entre ambos (Moeller, M.L., 1977). Aquello con lo que debe contratransferencialmente identificarse el analista no es, meramente, ni el objeto infantil ni el *self* regresivo, sino la relación conflictiva entre los dos. El verdadero objeto del análisis es el estudio de la relación total entre dos personas que funcionan en dos distintos niveles: *self* regresivo - objeto infantil; analizado - analista.

Unas palabras todavía respecto a la utilización de la contratransferencia. Su empleo es con frecuencia, especialmente por lo que se refiere a la p. p., mal comprendido, como si de lo que se tratara fuera de comunicar al paciente los sentimientos, fantasías, etc., que él provoca en el terapeuta. Éste es un error técnico muy grave y de nefastas consecuencias para el tratamiento. El terapeuta debe utilizar sus sentimientos contratransferenciales para captar mejor aquello que el paciente le está comunicando, o aquello que está intentando introducir en su interior. Pero al paciente lo único que le importa es la explicación acerca de su funcionamiento mental, sin que necesite, para nada, enterarse de lo que le está ocurriendo al terapeuta. Las informaciones en este sentido sirven sólo para gratificar el narcisismo de este último, cargan al paciente con una responsabilidad abrumadora y, al tiempo, hacen saltar en añicos la imprescindiblemente neutral y tersa relación terapeuta - paciente. Además fomentan en este último, según su particular patología, todo linaje de ansiedades paranoicas, sentimientos de omnipotencia, temores de represalia, gratificaciones narcisistas, idealizaciones de la relación, etc.

3.7. Las resistencias

3.7.1. Desarrollo del concepto de resistencias

El concepto de resistencias se refiere a todas aquellas fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, es decir, al descu-

brimiento de su inconsciente. Por tanto, las resistencias operan no sólo contra los intentos del terapeuta de dar a conocer al paciente aquello que está ocurriendo en su mente, sino también contra los propios deseos del paciente, quien ha acudido voluntariamente al tratamiento y aspira a obtener un beneficio del mismo, para lo cual se esfuerza en asociar, recordar, comprender lo que se le explica, ajustarse a la metodología externa de trabajo necesario para el proceso, etc. En las resistencias, por tanto, observamos cómo unas tendencias del paciente luchan contra otras. La resistencia puede expresarse a través de cualquier procedimiento: sentimientos, impulsos, inhibiciones, formas de comportamiento, incapacidad de comprensión, erotización, etc. En todo tratamiento de orientación psicoanalítica, terapeuta y paciente luchan, en sus distintos papeles, contra las resistencias que se oponen al esclarecimiento de la situación mental del último, de manera que podemos decir que este tipo de terapéutica consiste, precisamente, en el esfuerzo por demoler las barreras que se oponen a que el sujeto del tratamiento quede liberado de sus ansiedades, de sus inhibiciones, de sus síntomas. En una palabra, que disponga de la totalidad de sus capacidades psíquicas, ocupadas hasta el momento en la áspera batalla contra los peligros que siente le amenazan desde su propio interior. Y este empeño por vencer la resistencia es, precisamente, aquello que caracteriza la terapéutica psicoanalíticamente concebida y la distingue de las otras formas de psicoterapia. En estas últimas no hay ningún intento de esclarecer y disolver las resistencias. Unas veces son, simplemente, rodeadas y dejadas de lado, procurando fortalecer aquellos aspectos del yo del paciente capaces de ajustar el comportamiento a la gratificación de las propias necesidades. En algunos tipos de psicoterapia las defensas son expresamente vigorizadas, a fin de que aquellas perturbaciones emocionales, aquellos conflictos inconscientes que amenazan al equilibrio mental del paciente y cuyos derivados alcanzan a la conciencia en forma de síntomas y molestias de cualquier índole, queden más enérgicamente sometidos a la represión y, por tanto, disminuya la amenaza que ejercen desde el interior. En otras formas de tratamiento, en fin, se enseña al paciente a convivir con sus síntomas —y con sus resistencias, por tanto, dada la estrecha relación entre unos y otros—, a adaptarlos a las necesidades externas e internas y; en suma, a sacar de ellos el mejor partido posible. Por otra parte, de esta característica de la terapéutica psicoanalíticamente orientada deriva, también, su riesgo. El intento —no suficientemente acompañado por un empleo adecuado de la transferencia y la contratransferencia, así como por una capacidad de *insight* por parte del terapeuta— de eliminar resistencias que hasta aquel momento ejercían, mal que bien, su función de dique contenedor de la tensión psíquica, puede generar estados de ansiedad y pánico agudos o, en ocasiones, verdaderos derrumbes psicóticos. Incluso cuando es conducido por manos expertas, el tratamiento psicoanalítico puede producir agudizaciones temporales de la ansiedad, intensificación clínica de los síntomas y, en casos de pacientes psicóticos o prepsicóticos,

dar lugar a reactivación del delirio y aparición de cuadros confusionales (Rosenfeld, H.A., 1950). La contrapartida de este riesgo es que sólo afrontándolo y venciendo las resistencias será posible liberar al paciente de los fantasmas internos que le atenazan y ofrecerle la oportunidad de lograr un verdadero cambio en su estructura mental.

Freud llegó al concepto clínico de resistencias al darse cuenta de las dificultades que se oponían a sus esfuerzos para que el paciente recordara aquellas ideas o vivencias traumáticas que suponía estaban en el origen de su neurosis. En un principio, utilizaba la hipnosis —antes del descubrimiento de su método psicoanalítico— y observó cómo muchos de sus pacientes «resistían» a ser hipnotizados, pero también que, incluso aquellos que llegaban a sumirse en el estado hipnótico, no lograban recordar aquellas vivencias patógenas que estaban en la causa de su mal (Freud, S., 1895). Desde un principio consideró que estas fuerzas que se oponían a los intentos del médico y el paciente eran las mismas que mantenían los recuerdos dolorosos disociados fuera de la conciencia, y que la tarea del terapeuta consistía, precisamente, en vencer estas fuerzas. Se dio cuenta de que la hipnosis, la sugestión y la abreacción no servían para su empeño por demoler las resistencias, y que ni siquiera la aplicación consciente del paciente era suficiente para ello. Tampoco el solo interés intelectual del enfermo por conocer bastaba para vencerlas. Le fue menester idear otros medios, tales como decirle al paciente que contara todo lo que se le ocurriera, aun cuando le pareciera inconveniente, sin importancia, molesto o desagradable, con la esperanza de que, de esta forma, apareciera, sino directamente la idea buscada, un eslabón intermedio que, por su misma intrascendencia, tal vez, hubiera podido evadir las fuerzas opuestas y, de esta manera, llegar al núcleo de lo disociado. Esta idea fue la base del método de las asociaciones libres que más tarde se completó con el análisis de las resistencias y de la transferencia. Podemos decir, por tanto, que gracias a su lucha por vencer las resistencias, advino Freud, paulatinamente, al descubrimiento del método psicoanalítico.

En *La interpretación de los sueños* (1900), Freud se refiere ampliamente al concepto de resistencia, haciéndola equivalente a la censura que actúa en los sueños. En el estudio del *Fragmento del análisis de un caso de histeria* (1905), expuso las relaciones entre transferencia y resistencia, y describió cómo esta última podía expresarse a través de la transferencia. En *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), estudió el fenómeno de la regresión en el curso del tratamiento, como factor fundamental en el surgimiento de las resistencias. Consideró, al mismo tiempo, que las asociaciones libres que produce el paciente en el transcurso de la sesión son una solución de compromiso entre los contenidos mentales reprimidos que luchan por expresarse y aparecer en la conciencia, y las fuerzas de la resistencia que se oponen a ello. En *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), señaló por vez primera la existencia de la compulsión de repetición, que lleva al paciente a repetir en lugar de recordar. Esta compulsión se halla en el origen de la transferencia —y de aquí la inextricable unión

entre resistencia y transferencia— ya que en esta última lo que hace el paciente es, precisamente, repetir en lugar de recordar, como ya hemos visto en el anterior capítulo. En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) Freud clasificó las resistencias según su fuente, describiendo cinco tipos diferentes a los que me referiré más adelante.

En este breve bosquejo histórico que acabo de exponer es casi obligado hacer referencia al libro de Ana Freud *El yo y los mecanismos de defensa* (1936). En este libro la autora estudia los diversos mecanismos de defensa y los vincula con las resistencias que aparecen en el curso del análisis, poniendo de relieve cómo las resistencias no sólo se oponen al descubrimiento del inconsciente, sino que al mismo tiempo son, como ya había adelantado Freud, fuentes importantes de información acerca del inconsciente y del funcionamiento del yo.

3.7.2. Rasgos del carácter y resistencias

Es mi opinión que aquella conjunción de fuerzas que, en el curso del tratamiento, aparecen como resistencias se despliega en rasgos del carácter en la vida cotidiana del paciente. R

Esta relación entre rasgos del carácter y resistencias fue en primer lugar estudiada por W. Reich (1933). Los rasgos del carácter como pautas habituales del comportamiento son en el neurótico, según este autor, el resultado de una lucha entre las pulsiones que tienden a descargarse y las fuerzas represoras que se oponen a esta descarga, constituyéndose como una «armadura» caracterológica que protege al sujeto de las presiones internas que no pueden ser aceptadas y reconocidas para su gratificación externa. En el análisis de estos pacientes, tales rasgos caracterológicos se presentan como resistencias en forma de actitudes tenazmente inamovibles. En realidad, considero que en todos los individuos, sea cual sea su grado de salud o de patología mental, los rasgos de carácter constituyen respuestas a la doble estimulación de las necesidades internas y del mundo circundante, como resultado de las funciones de organización, integración y adaptación llevadas a cabo por el yo (Coderch, J., 1975). Es decir, lo que da lugar a la respuesta caracterológica individual es la manera como el yo organiza las relaciones entre las pulsiones instintivas, la realidad externa y aquella parte de esta realidad que, una vez introyectada, constituye los objetos internos. Ahora bien, existen rasgos que podemos llamar de tipo sublimado, en los que la labor organizadora e integradora del yo ha logrado la supeditación de los impulsos destructivos a los eróticos o de vida, de manera que las pautas de comportamiento —interno y externo— en que se manifiestan dichos rasgos representan la manera de obtener una satisfacción de las necesidades relacionales y eróticas sin que éstas sean perturbadas por la ansiedad, al tiempo que la agresividad permanece al servicio del control, manejo y precisas modificaciones de la realidad externa. En el curso del análisis, este tipo de rasgos subli-

mados del carácter forma parte de los recursos psicológicos de que dispone el paciente para su colaboración con el terapeuta y para la realización del trabajo que le corresponde. Pero existen otro tipo de rasgos de carácter que son el resultado de un compromiso entre las pulsiones sentidas como peligrosas y su regresión por una contrapulsión, motivo por el que se denominan rasgos defensivos o reactivos del carácter. Éstos son los rasgos que, en el curso del tratamiento, se presentan como resistencias, puesto que la misión para la que han sido establecidos es, precisamente, mantener ocultas aquellas pulsiones y las fantasías que les acompañan, productoras de ansiedad. Estos rasgos, por tanto, son utilizados con toda su dureza para oponerse a la toma de conciencia del material inconsciente reprimido.

3.7.3. Las resistencias y las defensas

Lo dicho hasta ahora nos permite ya comprender que las resistencias son una defensa contra el dolor. Aquello que se halla reprimido en el inconsciente —y utilizo en este momento el término reprimido en un sentido amplio y general, para indicar todo aquello que, a través de uno u otro mecanismo de defensa, tiene vedado el acceso a la conciencia— lo está en virtud de ser conflictivo y causa de ansiedad. Todo intento de desvelar este material y acercarlo a la conciencia es sentido como susceptible de provocar un sufrimiento intolerable, ante lo cual el yo pone en marcha todas sus defensas para impedir dicho acceso. Los medios de que se vale el yo para lograr sus propósitos y anular no sólo los esfuerzos del terapeuta, sino también de la parte colaboradora y sana del paciente constituyen las resistencias. Por esto he dicho antes que las resistencias pueden manifestarse a través de múltiples apariencias, aun cuando su propósito es siempre el mismo: obstaculizar el descubrimiento de lo que está oculto en el inconsciente. En realidad, resistencias es el término que damos a las defensas cuando éstas se levantan contra el intento de hacer consciente lo inconsciente en el curso del proceso terapéutico. Por tanto, el término resistencias hace referencia a todas las operaciones defensivas del aparato psíquico puestas en juego en la situación analítica (Greenson, R., 1967). Las defensas son, por su parte, los procesos intrapsíquicos con que el yo intenta protegerse del peligro del dolor mental, y a su manifestación durante el tratamiento la denominamos resistencias. Yo creo que, aun cuando cualquier fenómeno psíquico puede ser utilizado como resistencia al descubrimiento del inconsciente en el curso del tratamiento, en la base de esta operación defensiva, que tiene como finalidad evitar el dolor mental del contacto con lo que se halla disociado de la conciencia, se encuentra siempre, de alguna manera, la actividad organizadora del yo. Como veremos más adelante, las resistencias pueden ser clasificadas a partir de sus diversas fuentes de origen, pero esto no implica que, como corresponde a toda actividad defensiva, no intervenga siempre el yo dan-

do forma, modulando y dirigiendo la oposición contra la ampliación del conocimiento inconsciente. Por tanto, hemos de tener en cuenta que el concepto de resistencias es un concepto de trabajo. Aun cuando podemos observarlo claramente en la terapéutica psicoanalítica, no es algo inexistente fuera de ella, sino un fenómeno que se desarrolla más notoriamente en el momento en que el trabajo terapéutico aproxima el material doloroso a la conciencia. Todos los mecanismos defensivos: represión, disociación, identificación proyectiva, negación, racionalización, aislamiento, control, etc. pueden ser utilizados al servicio de las resistencias. Como es natural, en cada paciente las resistencias utilizarán, predominantemente, las mismas formas y mecanismos defensivos empleados hasta el momento en la vida cotidiana. De aquí la importancia, a que antes me he referido, de los rasgos caracterológicos, defensivos o reactivos, como punto de apoyo y verdadero bastión y fortaleza de las resistencias del paciente.

Por más que, como principio general, las resistencias son un proceso inconsciente en su mayor parte, aspectos secundarios de ellas pueden hacerse plenamente conscientes. Otra cosa es que el paciente sea capaz de darse cuenta de que aquellos sentimientos, actitudes, dificultades de toda suerte, incluso muchas de ellas con apariencia de circunstancias puramente externas, que obstaculizan la marcha del tratamiento, no son sino formas de expresión de la resistencia a la revelación de lo oculto en su interior. Si el proceso analítico va desplegándose de manera adecuada y la relación de trabajo —a la cual me referiré más adelante— se afianza, el paciente podrá percibir las resistencias como expresión de una actitud de oposición a aquella parte de su personalidad que desea colaborar con el terapeuta en la investigación del propio inconsciente. En este punto podemos observar un claro desdoblamiento entre un yo observador y razonador, que inspecciona los procesos psíquicos como si de un tercer sujeto se tratara y que intenta integrar y sintetizar el fruto de esta contemplación, y otra parte del *self* porfiadamente empeñada en estorbarlo. De acuerdo con el estado de la relación de trabajo o relación de colaboración con el terapeuta, nos encontraremos con el predominio de una u otra de estas dos distintas partes de la personalidad. Es decir, no aparecerían las resistencias si no existiera una parte del *self* que tiende a la cooperación con el terapeuta, que se halla dispuesta a soportar el dolor que supone el acercamiento al material conflictivo y que aspira al crecimiento y la evolución. Por tanto, el concepto de resistencia conlleva la noción de un material psíquico penoso que se intenta evitar, una parte del *self* que es capaz de soportar el dolor que comporta la aceptación de este material, y otra parte del *self* que tiende a evitar tal peligro y sufrimiento.

Como ya he dicho antes, las resistencias son predominantemente inconscientes, dirigidas y mediatizadas por una actividad también inconsciente del yo, pero, así y todo, es posible distinguir resistencias más profundas, automáticas, más insondablemente inconscientes, de otras resistencias más cercanas a la conciencia. Por regla general, pode-

mos decir que cuanto más primitivos son los mecanismos de defensa utilizados por las resistencias, tanto más primitivo, violento y peligroso es el conflicto psíquico que tratan de mantener disociado de la conciencia. Las resistencias que funcionan con mecanismos defensivos de aparición más tardía y más vinculados al proceso secundario son, a su vez, más fácilmente percibidas por el yo observador del paciente, siendo el material que encubren más susceptible de ser reconocido.

Para terminar esta somera recapitulación de las relaciones entre defensa y resistencia, recordemos que en el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico hallamos siempre un mismo motivo para la resistencia y la defensa, es decir, evitar el dolor que produciría la irrupción en la conciencia de un conflicto. La ansiedad desencadenada por el peligro que supone la aproximación del material amenazador obliga al yo a reforzar las defensas que, en la situación terapéutica, se muestran como resistencias. Podemos, pues, decir que el motivo inmediato de las resistencias, lo que desencadena su aparición, es la relación terapéutica que tiende a facilitar el acceso a la conciencia del material sentido como peligroso y productor de ansiedad. La causa alejada y básica es la pulsión agresiva que produce la pérdida del objeto, su destrucción, la transformación del objeto en violento y agresivo, la represalia por parte de éste, etc.

3.7.4. *La transferencia como resistencia*

En la medida en que la transferencia es una resistencia —repetir en lugar de recordar— regresión y resistencias se hallan, también, en estrecha vinculación, ya que la transferencia es una regresión. Como ya he dicho en otro momento, la metodología psicoanalítica favorece la regresión. La utilización del diván, de manera que analista y analizado no se hallan cara a cara, la permisividad total en cuanto a la comunicación verbal del paciente, la atmósfera favorecedora de las libres asociaciones, las interpretaciones dirigidas al inconsciente, etc., estimulan la regresión, aun cuando parcial, del yo, de las pulsiones y de las relaciones objetales. Gracias a ello, las ansiedades, temores, odios, amor, deseo, etc., infantiles que permanecían, en mayor o menor grado, encubiertos por los aspectos, por lo menos en cierto grado, más adultos y razonables de la personalidad experimentan una reactivación y se muestran con toda la fuerza incoercible de las pulsiones y los conflictos tempranos. Gracias a esta regresión se establece, más allá de la relación real que existe entre analista y analizado, la relación transferencial que reproduce las relaciones del bebé, que continúa existiendo en el interior del paciente, con sus primeros objetos. Por ello, en el tratamiento psicoanalítico, y a fin de proceder a un estudio lo más completo posible de la transferencia, es de todo punto necesaria la regresión. En realidad, debe establecerse, en cada caso, un nivel óptimo de regresión, aun cuando las opiniones son divergentes en esta cuestión. Algunos se muestran cautelosos en cuanto a los peligros

que pueden acarrear un exceso de regresión. Otros, por el contrario, se muestran partidarios de estimular una regresión lo más completa posible (Winnicott, D., 1956). Por mi parte, creo que el nivel de regresión alcanzado ha de ser tal que no impida el libre funcionamiento de un yo capaz de colaborar con el terapeuta, observar, comunicar y comprender las explicaciones que reciba. De lo contrario, la transferencia establecida no es utilizable y al no poder ser entendida por el paciente transcurre como un fuego fatuo, apto sólo para interpretaciones académicas e intelectualizadas de las que el paciente se halla ausente. En algunos sujetos, especialmente predisuestos, una regresión excesiva puede producir la aparición de cuadros psicóticos.

Por otra parte, la transferencia cumple la doble misión de las resistencias. Ya he mencionado, anteriormente, que las resistencias no son únicamente obstaculizaciones al trabajo analítico, sino también valiosos manantiales de información para el mismo. El paciente se resiste a percibir sus conflictos inconscientes, es decir, a tomar conciencia de sus perturbadas, empobrecedoras y amenazadoras relaciones objetales internas, y, en lugar de ello, las reproduce en la persona del analista. Pero, a la vez, esta repetición permite, a través de su análisis, reproducir y comprender, no teóricamente, en ausencia, a través de un recuerdo, sino vívidamente, en una experiencia del aquí y ahora, todo el drama infantil que ha conducido a la detención del desarrollo psíquico y a la formación de los síntomas que oprimen la personalidad del enfermo, llegando al mismo corazón del conflicto. En la transferencia la regresión halla su máxima expresión, y en ello radica su insustituible valor para el tratamiento psicoanalítico.

3.7.5. *Clasificación y fuentes de las resistencias*

La clasificación descriptiva de las resistencias posee un interés práctico como señal de aviso y punto de referencia de la existencia de las mismas. Pero nos dice muy poco acerca de su naturaleza, origen, fuerzas que en ellas intervienen y ansiedades que intentan mantener ocultas. Más adelante me ocuparé de las formas externas que, más frecuentemente, adoptan las resistencias.

De mayor interés en cuanto a la comprensión intrínseca de las resistencias es el estudio de las fuentes de las mismas. En 1926, Freud distinguió entre cinco tipos y fuentes de resistencia.

a) *Resistencia de represión*

Para comprender este tipo de resistencia es adecuado recordar que el término represión tiene dos significados en el lenguaje psicoanalítico. En el sentido estricto, es un mecanismo de defensa del yo por el cual determinados contenidos psíquicos —las pulsiones y las fantasías que las

acompañan y a través de las cuales se manifiestan— quedan rechazadas fuera de la conciencia. El mantenimiento en el inconsciente de aquello que se encuentra prohibido evita la satisfacción de la pulsión y, por tanto, el riesgo por ella provocado. Si el yo lleva a cabo la represión es a causa de que siente que la satisfacción de determinada pulsión provocaría más sufrimiento que su frustración. Ahora bien, el término represión se utiliza, también, en un sentido genérico como sinónimo de «defensa» y es un proceso ineludible para la formación de los síntomas.

Este uso genérico del término represión es debido a que ésta se considera como el prototipo de todos los mecanismos de defensa y su estado final, puesto que la meta última de todos ellos es que aquello que es sentido como un peligro permanezca, de una u otra manera, fuera de la conciencia, o presente en ella, en todo caso, de forma irreconocible. Por otra parte, ya he subrayado que las resistencias utilizan, para sus propósitos, toda clase de mecanismos de defensa.

En la resistencia de represión encontramos las tres fases distintas de la represión, que fueron descritas por Freud (1915, 1916-1917). La primera de ellas es la fase de «represión primaria», en la que los derivados psíquicos de las pulsiones son retenidos fuera de la conciencia. El material inconsciente a que da lugar esta represión primaria sirve de núcleo de condensación alrededor del cual se estratificarán otros materiales destinados, asimismo, a ser reprimidos. La fase segunda corresponde a la «represión propiamente dicha», en la cual las fuerzas represoras expulsan de la conciencia determinados contenidos psíquicos que habían logrado penetrar en ella. Este tipo de represión precisa un nivel de maduración psíquica más elevado. La tercera fase corresponde al «retorno de lo reprimido». En ella, la represión se efectúa no mediante el rechazo fuera de la conciencia de algo que se ha introducido indeseablemente, sino a través de efectuar en este algo una distorsión o disfraz que le permite su permanencia sin ser reconocido, como ocurre en los sueños, los síntomas y los actos fallidos (Paolino, T., 1981).

No debe olvidarse que aquellos contenidos psíquicos que sufren la acción de la represión no son, propiamente, las pulsiones, sino sus derivados psíquicos, y son ellos quienes ocupan el inconsciente, no las pulsiones en sí. Los representantes psíquicos que caen bajo los efectos de la represión sufren esta suerte ya sea a causa de que representan directamente la pulsión que es el verdadero objeto de la represión, o a causa de que, fortuitamente, han quedado asociados con ella.

b) Resistencia de transferencia

Ya he hablado de ella. Por sus finalidades y efectos es similar a la resistencia de represión, pero se distingue de ésta por ser específica de la terapéutica psicoanalítica.

Ya he dicho que la transferencia es un producto de la resistencia,

dado que ella es una repetición, en la figura del analista, de las vivencias que el paciente no puede recordar. Las falsas conexiones entre el pasado y el presente distorsionan y ocultan las vinculaciones reales y dificultan su comprensión, actuando, por tanto, como resistencias. Además, la transferencia también da lugar a que el paciente esté más interesado en obtener una gratificación de sus necesidades y demandas infantiles mediante su relación con el analista que en investigar su inconsciente y recordar. De aquí la regla de abstinencia propuesta por Freud: el terapeuta debe evitar cuidadosamente satisfacer tales demandas. De lo contrario, el paciente se contentará con ellas y abandonará, por completo, el trabajo de investigación, utilizando la relación terapéutica tan sólo para el cumplimiento de sus anhelos infantiles.

c) Ganancia secundaria

La ganancia secundaria es, asimismo, una resistencia del yo, pero su diferencia con las dos anteriores estriba en que surge como resultado de la asimilación de los síntomas por parte del yo. La ganancia o beneficio secundario es una gratificación de tipo narcisista. La función del yo es la unificación, la síntesis y la conciliación entre la realidad externa, las pulsiones y el superyó. Por ello, el yo se esfuerza en asimilar los síntomas y, en particular, en reintegrar a su organización la parte regresiva de sí mismo. A partir de estos esfuerzos se desarrolla una especie de simbiosis entre el síntoma y el yo, gracias a la cual el yo encuentra cierta satisfacción en el hecho de ser capaz de restaurar de nuevo el equilibrio psíquico e integrar, de alguna forma, las distintas energías psíquicas del organismo.

A esta ganancia secundaria, vinculada a la satisfacción narcisista que obtiene el yo del ejercicio de su función de síntesis, debemos añadir ciertos beneficios externos que el paciente puede haber obtenido de sus síntomas, tales como disminución de su responsabilidad, alivio del sentimiento de culpa, mayor tolerancia por parte de quienes podrían juzgarle, dominio de los otros, etc., todo lo cual puede ser utilizado, asimismo, como resistencia frente a la modificación de sus trastornos.

d) Resistencia del superyó

Esta clase de resistencia surge del sentimiento de culpa y la consecuente necesidad de autopunición, y se manifiesta como una oposición a cualquier tipo de éxito, incluyendo el resultado feliz del tratamiento. Freud (1923) la juzgó como la más difícil de vencer. Se muestra como un paradójico empeoramiento del paciente en cualquier momento en el que, como resultado del trabajo analítico —una explicación que parece acertada, una observación feliz, la asociación de un dato revelador, una inter-

3 tipos de represión: primaria, la represión propiamente dicha, y el retorno de lo reprimido.

pretación que el propio paciente siente, en un principio, como verdadera y fundamental—, cabría esperar un avance importante y la suavización de síntomas e inhibiciones. Esta respuesta invertida es la que se denomina reacción terapéutica negativa. En la parte dedicada a la técnica me ocuparé de nuevo de este tipo de respuesta.

e) Resistencia del ello

Freud llegó a descubrirla al darse cuenta de que, a pesar de que el trabajo analítico lograra vencer las resistencias del yo y del superyó, el paciente continuaba sin adquirir el conocimiento de aquello que había sido rechazado fuera de la conciencia. Por ello, formuló la idea de una resistencia del inconsciente (Freud, S., 1926). La resistencia del ello está sostenida por tendencia general de las pulsiones a cualquier cambio en su forma de expresión. La resistencia del ello da lugar a la compulsión de repetición, la cual puede ser considerada como originada por la atracción del inconsciente por los derivados pulsionales reprimidos. La existencia de esta resistencia obliga a una ardua elaboración para el avance del proceso analítico.

Este proceso de elaboración requiere el aprendizaje de nuevas formas de funcionamiento, así como el desarrollo de la habilidad para inhibir viejas y arraigadas pautas de comportamiento. Todo terapeuta sabe que difícilmente basta con una interpretación, por correcta que sea, para vencer una resistencia, traer nuevos conocimientos o cambiar una perspectiva mental. Las experiencias transferenciales deben ser vividas una y otra vez, y una y otra vez reinterpretadas en el curso del análisis para que las modificaciones perseguidas tengan lugar. Esto es debido, según Freud, a la especial «viscosidad o adhesividad» de la libido, la cual dificulta el abandono, tanto de antiguos objetivos y formas de descarga, como de pautas de comportamiento.

Esta clasificación de las resistencias realizada por Freud mantiene, en nuestros días, toda su originalidad y frescor. Sin embargo, con el paso del tiempo la sensibilidad analítica frente a las resistencias se ha agudizado más y más, de la misma manera que la lucha por superarlas se ha convertido en el tema central del tratamiento psicoanalítico. A causa de ello, han aparecido nuevas perspectivas para la diferenciación de las resistencias. Así, E. Glover (1955) distingue entre resistencias «obvias» o «toscas» y resistencias «no intrusivas». Las primeras son aquellas que aparecen de forma abierta, sin disimulos, en ocasiones con un carácter combativo y de franca oposición al tratamiento, como puede ser faltar a las sesiones, llegar con importante retraso, quedarse dormido en el curso de la sesión, permanecer largo tiempo en silencio, discutir sistemáticamente todas las explicaciones del terapeuta manifestando su desprecio y desdén por ellas, etc. Las resistencias no intrusivas, por el contrario, pueden ser difíciles de detectar, puesto que, con mucha frecuencia, se esconden bajo

formas de aparente colaboración e interés por el tratamiento. Por ejemplo, aceptando sin rechistar, y también sin pensar y sin entender realmente, todo lo que dice el analista, mostrando un entusiasmo desbordante por el método psicoanalítico, manifestando una aparente sumisión ante las palabras del terapeuta, etc.

J. Sandler, C. Dare y A. Holder (1972) han estructurado la siguiente clasificación:

1) Resistencias debidas a la amenaza que el procedimiento psicoanalítico representa para el peculiar equilibrio que el paciente ha alcanzado frente a las presiones internas y las externas.

2) Resistencia de transferencia. Ya he hablado de ellas.

3) Resistencias derivadas de la ganancia secundaria. También han sido ya descritas.

4) Resistencias del superyó. Asimismo ya señaladas.

5) Resistencias originadas en errores técnicos del psicoanalista. Estas resistencias pueden ser analizadas y superadas si son reconocidos el error y las respuestas del paciente a que ha dado lugar. De lo contrario, conducirán a una esterilización del tratamiento o a un abandono del mismo por parte del paciente.

6) Resistencias originadas en las relaciones con personas importantes para el paciente, tales como padres, cónyuge, hijos, etc. Es posible en ocasiones que, debido a los cambios que el análisis comporta en el paciente, estas personas sientan amenazado su particular tipo de relaciones con el mismo, ejerciendo una contrapresión, abierta o sutil, pero eficaz, para detener la marcha del proceso terapéutico.

7) Resistencias desencadenadas por el temor a la terminación del tratamiento. Algunos pacientes extremadamente dependientes de la figura del analista, y quienes además obtienen una gratificación de sus necesidades de dependencia a través de la relación con éste, pueden sentir cualquier avance en su proceso como una amenaza de pérdida de esta figura protectora y nutricia. Las resistencias que se oponen a su progreso tienen, como finalidad, impedir tal pérdida.

8) Resistencias causadas por la amenaza a la autoestima que puede derivarse del trabajo analítico. Se trata de pacientes muy intolerantes ante sus aspectos infantiles y que reaccionan con un insufrible sentimiento de vergüenza cuando éste les es mostrado.

9) Resistencias contra los intentos de abandonar soluciones que, de una u otra forma, representan una adaptación al conflicto, como, por ejemplo, son los síntomas. Estas soluciones deben ser extinguidas, como ya he dicho antes, a través de la elaboración. Tales resistencias incluyen las del ello a que antes me he referido, pero también las resistencias debidas a la ganancia secundaria de la enfermedad, por la gratificación narcisista que supone para el yo la asimilación de los síntomas.

10) Resistencias caracterológicas. Son debidas a la rigidez de los rasgos del carácter originados como una protección contra las pulsio-

nes internas inaceptables. Dependen de factores tales como la viscosidad de la libido, la gratificación narcisista del yo en lo que se refiere a sus funciones adaptativas, la dificultad de aprender nuevos hábitos, etc. Estos rasgos caracterológicos pueden persistir incluso en el caso de que el conflicto pulsional original haya sido resuelto.

3.7.6. *La perversión de la transferencia como resistencia*

Un aspecto importante de las resistencias, del que generalmente son más escasas las citas en la literatura, posiblemente porque se presenta de forma solapada, incluso simulando una colaboración con el terapeuta, es la perversión de la relación o perversión de la transferencia (Etchegoyen, H., 1978; Meltzer, D., 1973; Joseph, B., 1971; Rosenfeld, H. A., 1971a). Dado que no es ésta la ocasión para extenderme sobre el concepto y estructura general de las perversiones, me referiré tan sólo a la perversión de la transferencia como resistencia al conocimiento y a la búsqueda de la verdad.

La relación analítica se establece para llegar al descubrimiento de la verdad acerca de uno mismo, y se halla fundada en el amor a la verdad (Grinberg, L., 1980). Pero este descubrimiento del auténtico *self* se ve dificultado por la ansiedad, el terror al conflicto escondido y el temor al sufrimiento mental que ello comportaría, y el paciente recurre a toda clase de medios para evitar enfrentarse a su verdad.

A estas fuerzas opuestas al descubrimiento de la verdad es a lo que he llamado resistencias. La forma más sutil y destructiva de las resistencias consiste en infiltrarse en aquello que, precisamente, está llamado a ser la clave, la espada mágica que ha de permitir el descubrimiento del inconsciente, la transferencia. Ya he dicho que la transferencia, en sí misma, constituye una resistencia, pero también he aclarado que las resistencias tienen la doble misión de oponerse al desvelamiento del inconsciente y de constituirse en la principal fuente de información respecto a éste. Pero ahora me refiero a una forma especial de resistencia que consiste en distorsionar la transferencia de manera tal que, en lugar de servir para el hallazgo de la verdad, sirva para lo contrario, para confundir, perpetuar la oscuridad, reforzar el engaño y la mentira. A fin de lograr estos propósitos, el paciente se vale de las ansiedades y las necesidades del terapeuta. No es tan sólo el paciente quien siente temor ante el descubrimiento de su verdad interna, sino que también el analista, contratransferencialmente, participa, en alguna medida, de tal terror, y también siente miedo ante el fracaso, o puede verse dominado por los deseos de ser omnipotente y «curar» o por la necesidad de acrecentar su autoestima, etc. De todo ello se sirve el paciente para establecer una relación perversa con el terapeuta y, de una u otra manera, forzarle a abandonar la función de búsqueda y conocimiento de su realidad interior.

La perversión de la transferencia se expresa de formas muy diversas,

aun cuando todas tienen en común el ataque a la capacidad de comprensión del analista y al propio pensamiento y aptitud para conocer y colaborar sinceramente con aquél, por una parte, y el envidioso intento de anular las funciones sentidas como buenas y admiradas del analista, por otro. Una forma frecuente es la de transformar la relación en la de una pareja idealizada, constituida por un analista maravilloso y otro no menos maravilloso analizado en mutua y constante gratificación. En esta relación se atribuyen al analista espléndidas interpretaciones, mientras que el paciente causa admiración al primero por su rápida asimilación y su capacidad de *insight*. De esta forma, si las necesidades inconscientes de analista y analizado entran en colusión, uno y otro pueden prolongar durante largo tiempo algo que parece un análisis, pero que tan sólo sirve para ayudar a la persistencia de las estructuras patológicas del paciente. Quiero aclarar que cuando hablo de colusión en la situación analítica o psicoterapéutica me refiero al establecimiento de una confabulación o acuerdo implícito, no declarado pero efectivo, que establecen el terapeuta y el paciente en contra de un tercero, la verdad. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que siempre existe una parte del *self* del paciente, lo que llama L. Grinberg (1980) el verdadero *self*, que quiere ayuda para poder manifestarse y alcanzar su desarrollo, y éste es, también, el tercero en contra del que confabulan, en caso de colusión, el terapeuta y la parte envidiosa, intolerante y destructiva del *self* del paciente.

En otras ocasiones, la perversión de la transferencia se expresa en forma de erotización, con intentos de seducir y excitar al terapeuta. Esta seducción puede expresarse en forma claramente sexualizada, pero también actúa sutilmente en ocasiones, estimulando el narcisismo, las fantasías de omnipotencia y la necesidad de autoestima. Muchos de estos pacientes, cuando sienten que el terapeuta expresa algo que puede ser una buena interpretación, realizan una rápida transformación en su interior, y lo que, por unos momentos, ha sido una vislumbre de comprensión, se transforma en una excitación erotizada. Es decir, ante la percepción del buen funcionamiento mental —la buena capacidad nutricia del objeto— se excitan en lugar de comprender, de asimilar adecuadamente incorporando aquello que se les ofrece. Con ello, la interpretación queda desnaturalizada, inservible, convertida en un estímulo erótico en lugar de proporcionar ideas y pensamientos que pueden ser internalizados para el crecimiento de la mente. A través de este tipo de respuestas y de incitaciones sobre el terapeuta, el paciente intenta configurar un tipo de relación erotizada en que la interacción comprensiva quede substituida por una inacabable provocación mutua.

La perversión de la transferencia puede adoptar, también, formas de ideologización, de manera que cada interpretación del terapeuta es distorsionada por el paciente convirtiéndola en una ideología que aquél trata de imponerle y contra la que «justificadamente» se resiste (Etchegoyen, H., 1973). Aun cuando es cierto que un psicoanalista puede sentirse contratransferencialmente inducido a adoctrinar al paciente con sus pro-

pias ideas y convicciones de tipo general, no me refiero, aquí, a este error técnico, sino al falseamiento, por parte del paciente, de aquella información personal y específica que se le dirige, transformándola, para verse libre de no entenderla, en pensamientos preconcebidos e ideologías personales del analista. Este tipo de perversión intenta mudar la situación terapéutica en una inacabable e inútil discusión de tipo intelectual.

De muchas maneras, en la perversión de la transferencia el paciente intenta desorganizar al terapeuta, impulsarle a falsas y precipitadas interpretaciones, a romper el marco de trabajo, a actuar en lugar de interpretar, etc. En conjunto, la perversión de la transferencia tiende a hacer inútil la relación terapéutica, siendo ésta siempre su última y fundamental finalidad. Aun cuando toda resistencia tiende a oponerse, por definición, al esclarecimiento del inconsciente, con facilidad es posible captar la diferencia entre el paciente que resiste, por ejemplo, llegando tarde a la sesión, o permaneciendo en silencio porque considera que lo que se le ocurre es por completo intrascendente, o hablando sin cesar para no escuchar lo que se le dice, etc., de aquellas formas de resistencia más solapadas y encubiertas. Estas últimas tienden a crear un tipo de colusión —en muchas ocasiones de aparente progreso y comprensión— dirigida en contra de las finalidades del tratamiento, es decir, a fomentar el engaño, la mentira y la ocultación de la verdad. Por ello, podemos considerar que, junto a las transferencias neurótica y psicótica de las que he hablado en primer lugar, existe una transferencia perversa con características e identidad propia, y con un genio destructivo de las posibilidades de verdadero *insight* y cambio mucho mayor que las dos primeras. Como es obvio, este tipo de resistencia-transferencia se presenta con mayor frecuencia en los sujetos de estructura perversa. Sin embargo, quiero hacer aquí dos puntualizaciones. La primera es la de que en esta cuestión —como en casi todas dentro de la materia que nos ocupa— debemos entender que se trata de predominios o intensidades, nunca de exclusividades, de manera que también en los neuróticos —quedan incluidos aquí los sujetos clínicamente considerados como normales— se presentan aspectos perversos de la resistencia-transferencia, y, asimismo, en los perversos aparecen reacciones transferenciales y de resistencia de tipo neurótico, etc. En segundo lugar, se trata de aclarar que al hablar de sujetos con estructura perversa no me refiero a aquellos que presentan algunas de las clínicamente llamadas perversiones sexuales —aunque éstos pueden estar incluidos, por supuesto— sino a pacientes con una determinada organización mental, puesta de relieve en la transferencia. Esta estructuración se caracteriza por el predominio del odio, la envidia, la omnipotencia, el narcisismo destructivo y, muy primordialmente, la confusión entre el objeto bueno y el objeto malo, el ataque a la pareja de padres internalizados y, en el curso del análisis, la agresión, a través de la erotización y el intento de colusión, a las funciones mentales del analista y también al propio pensamiento y capacidad de comprensión (Bassols, R. y Coderch, J., 1984).

Antes de terminar esta exposición de las resistencias, quiero llamar la atención sobre un punto que ha sido, muy oportunamente, puesto de relieve por T. Eskelinen y P. Folch (1981). Consideran estos autores que, si el pensamiento actual acerca de la teoría de la técnica juzga el proceso psicoanalítico como el resultado de la transferencia y la contratransferencia, no resulta lógico creer que las resistencias son algo que corresponde exclusivamente al paciente. Contrariamente, señalan que el bloqueo o el defectuoso desarrollo del trabajo analítico depende del tipo de relación analista-analizado, del peculiar juego transferencia-contratransferencia que se despliega en cada tratamiento. Desde esta perspectiva, piensan que el estudio del envejecimiento y la rigidez de las resistencias no ha de ser estudiado tan sólo en el paciente, sino en la articulación de ciertos aspectos del analizado con determinados elementos del analista.

Así, pues, de acuerdo con estos criterios, aun cuando por imperativos de la descripción y por insuficiente capacidad totalizadora habitualmente nos referimos a las resistencias como la expresión de específicas actitudes, ansiedades y disposiciones en el paciente, es de todo punto necesario hacer una importante aclaración. Y ésta es que tales fenómenos mentales sólo se presentan como verdaderas resistencias cronificadas cuando se conjugan con una contratransferencia que las estimula y alimenta.

T. Eskelinen y P. Folch ofrecen una amplia clasificación de las resistencias que, a efectos didácticos, agrupan en tres grandes apartados:

- 1) Factores intrínsecos del paciente.
- 2) Estilo de organización de la relación con el analista.
- 3) Contrapunto de la resistencia en el analista.

Insisten, sin embargo, en que todos los factores que tienden a la aparición y cronificación de las resistencias no han de ser vistos aisladamente, sino siempre como interdependientes entre sí.

PARTE SEGUNDA

ELEMENTOS TÉCNICOS DE
LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

4.1. La recepción del paciente

Debe, ante todo, tenerse en cuenta que, a diferencia de lo que ocurre en otros tipos de procedimientos curativos o de ayuda, ya sea en el campo de la medicina, de la psicología o de la pedagogía pongamos por caso, en el terreno de la p. p. las bases del tratamiento, esperanzadoras o heridas de muerte desde un principio, se establecen en el momento mismo en que, por vez primera, paciente y terapeuta entran en contacto. Ya he puesto de manifiesto que el instrumento de curación de la p. p. es la relación personal terapeuta - paciente, y esta relación se inicia en la mente del paciente incluso ya antes de que conozca al que va a ser su terapeuta. La demanda de ayuda, la actitud de colaboración, las fuerzas que empujan hacia el desarrollo y crecimiento de la personalidad, el amor a la verdad, el deseo de conocimiento de sí mismo, el afán de integración y organización de la propia mente, etc. existen ya en el paciente que, por una u otra vía, busca la comprensión y claridad que puede proporcionarle el tratamiento psicoterapéutico. Y, si ello es posible, es porque se está ya relacionando antes de este primer encuentro —consciente e inconscientemente— con una figura —aún imaginaria— que reproduce, en el exterior, las características del objeto sentido como bueno, confiable, dador de vida y al que incorporó en su interior durante la infancia, de manera lo suficientemente satisfactoria como para que haya sido factible cierto grado de crecimiento mental. Pero también, en la mente del futuro paciente, existen ansiedades persecutorias, odios, impulsos destructivos, temores de represalia, envidia, etc. dirigidos hacia la misma figura del terapeuta aún no conocido y que, a la vez, representa en el exterior al objeto parcial, atacado, destruido, amenazador, devorador, perseguidor, etc. Las más diversas fantasías, las fundadas en el amor, la confianza, el agradecimiento, el reconocimiento de las buenas cualidades del objeto y la preocupación por él, así como aquellas en cuya base se encuentran el odio, la envidia, la voracidad, la omnipotencia, el temor, los sentimientos

de persecución, la agresividad, etc. se concretan en la imagen de este imaginado terapeuta de quien se necesita recibir algo que alivie el sufrimiento y la ansiedad, y que promueva el crecimiento mental. Es necesario recordar todo lo dicho en el capítulo I acerca de las vicisitudes de la relación de objeto, para comprender las complejidades a que se ve sujeta, no sólo desde un primer momento, sino incluso antes de que se establezca realmente, la relación del paciente con el terapeuta. Porque el paciente, en cierta medida, ha establecido ya esta vinculación a través de lo que se le ha dicho, de las referencias que hasta él han llegado, de lo que puede conocer por terceras personas, de lo que conoce o supone de la institución en la que, tal vez, trabaja el terapeuta, de lo que ha leído acerca de los tratamientos psicoterapéuticos y del psicoanálisis, etc. No resulta difícil, por tanto, percibir hasta qué punto todos los detalles y pequeñas o grandes circunstancias del primer encuentro repercutirán en la mente del paciente y estimularán, satisfarán o frustrarán todo tipo de fantasías y expectativas con honda y duradera repercusión sobre el futuro desarrollo de la relación terapéutica.

En la inmensa mayoría de las ocasiones, el terapeuta no interviene personalmente en la forma como le es remitido el paciente, ni en las circunstancias externas que, de una forma inmediata, han precedido a la demanda de tratamiento por parte de éste. Sin embargo, conviene que, en lo que pueda, procure que éstas sean lo más favorables posibles para la estructuración de una adecuada comunicación desde el principio. Todo lo que proteja la neutralidad y anonimato personal del terapeuta será una ayuda para la organización del marco idóneo desde un comienzo, como también lo es la claridad y sinceridad en la información que se le ofrezca al paciente al indicarle la conveniencia de un tratamiento psicoterapéutico.

Una práctica bastante generalizada, y que considero conveniente evitar en lo posible, es la de administrar al paciente supuestamente tributario de una p. p. una serie, más o menos extensa, de pruebas de personalidad, de inteligencia o aptitudes, etc. Posteriormente, y en apariencia por lo menos, como resultado de ellas, se le aconseja iniciar un tratamiento psicoterapéutico y para ello se le sugiere algún psicoterapeuta, generalmente, y por fortuna, totalmente ajeno a esta preparación previa. La experiencia acumulada, a través de pacientes directamente tratados por mí o vistos en supervisión, me lleva a juzgar esta práctica como totalmente desaconsejable, aun cuando, en la mayoría de las ocasiones, no evitable por parte del terapeuta. Las primeras entrevistas y la posterior marcha del tratamiento ponen de relieve multitud de fantasías y ansiedades de diversa índole que han sido originadas por la administración de las pruebas psicológicas. Aunque la repercusión es específica y peculiar para cada paciente, pueden señalarse algunos rasgos o matices de la respuesta que se repiten con gran frecuencia.

Son habituales las fantasías de haber sido invadido, penetrado y vaciado a través de las preguntas y cuestiones a las que ha tenido que

responder en el curso de las pruebas efectuadas. Aun en los casos en los que el psicoterapeuta es por completo ajeno a aquellas personas o institución en donde se han efectuado las mencionadas pruebas, y se haya limitado a recibir al paciente remitido por el profesional que ha tenido el primer contacto diagnóstico y orientativo, el paciente, conscientemente o tan sólo en su fantasía inconsciente, liga al especialista que ha realizado la exploración psicológica con el psicoterapeuta que, posteriormente, se le ha aconsejado. Uno y otro podrán representar, en su interior, a los componentes de la pareja de padres, por un lado temidos, por otro envidiados e idealizados. Desde esta perspectiva ambos profesionales pueden ser vividos como los padres que se ocupan del bebé y que, excitados por las producciones de éste —sus respuestas frente a los tests—, se ponen de acuerdo para retenerle.

Por otra parte, al sentirse violado en su intimidad por las pruebas practicadas, el paciente puede creerse en el derecho a recibir, a cambio de lo que él ha dado, una curación rápida y sin esfuerzo. Se vincula con esta actitud la fantasía de que, gracias a los tests, el terapeuta conoce los más profundos secretos de su mente, las causas de sus dificultades y la manera de resolverlos, y que, en un momento determinado, le otorgará la solución de todos sus males. Si predomina esta fantasía, el paciente puede inclinarse a olvidar las posibilidades que el tratamiento le brinda para comprender algo de sí mismo, tendiendo a acudir sesión tras sesión en espera de que, cuando llegue el momento, el terapeuta le revelará todo aquello que fue descubierto mediante la exploración psicológica. Debe tenerse en cuenta que los tests, por su carácter de prueba técnica y mensurable, son altamente susceptibles de sobrevaloración y pueden despertar expectativas difíciles de abandonar.

Otra consecuencia que puede derivarse de este tipo de preámbulo al tratamiento psicoterapéutico es la adopción, por parte del paciente, de una actitud pasiva, en la que se espera que el terapeuta formule preguntas y plantee cuestiones, tal como ocurrió durante las sesiones dedicadas a las pruebas exploratorias. En estos casos, la fantasía del paciente es la de que es el terapeuta quien ha de investigar y extraer sus propias conclusiones, mientras que a él le corresponde tan sólo recibir los resultados que de ellas se deriven.

Todas estas fantasías y expectativas se encuentran en los pacientes que han pasado por esta vía antes de llegar a establecer contacto con el terapeuta destinado a llevar a cabo el tratamiento. Aun cuando no constituyan, ni mucho menos, un obstáculo insalvable, sí actúan como fuente de molestas interferencias, malos entendidos, errores, actitudes equivocadas, etc. que pueden perdurar durante largo tiempo. El psicoterapeuta que recibe a un paciente de este tipo, ha de estar atento para reconocer y aclarar debidamente esta clase de problemas.

4.2. El estilo y el marco de la recepción

Así, pues, dado que estamos tratando con el inconsciente, con las fantasías que dependen de fuentes internas, pero que también son estimuladas por las realidades del mundo exterior, todos los detalles referentes a la recepción del paciente deben ser atendidos con vigilante esmero, con exquisito cuidado, a fin de estructurar de manera idónea la relación terapéutica. Hay un principio fundamental que ha de servir de guía insustituible, el de que en todo momento ha de prevalecer el más absoluto respeto para la persona del paciente. Podemos decir que los principios técnicos y científicos adquieren toda su validez al vincularse con este principio ético. El descubrimiento de la verdad exige una relación fundada en la verdad, y ésta no existe sin un respeto profundo a la persona humana. Sin esta relación fundada en la verdad nos encontraríamos —aunque en este caso la distorsión procedería del terapeuta— con la situación que antes he calificado de perversión de la transferencia, con una apariencia de tratamiento, una apariencia de investigación, de búsqueda de la realidad interna, que sólo sirve para perpetuar el engaño, la falsedad y la opresión de unos aspectos del *self* por otros.

Tal vez pueda parecer que lo que he expresado en el párrafo anterior tiene poco que ver con el enunciado del apartado. Pero es que, precisamente, este amor a la verdad y este respeto al paciente son los que constituyen el verdadero marco y estilo de la recepción, el cual habrá de continuarse después mientras dure el tratamiento. En muchas ocasiones, las condiciones externas pueden ser no deseables o, incluso, francamente adversas. Por ejemplo, pacientes que recorren diversos especialistas y sólo son remitidos al psicoterapeuta cuando los otros profesionales ya no quieren saber nada de ellos. Circunstancias materiales muy desfavorables, como pueden darse en hospitales e instituciones psiquiátricas con consultorios no adecuados, ruidosos, o que no son otorgados al psicoterapeuta de una manera fija y estable, de forma que éste corre el riesgo de tener que peregrinar, antes de iniciar la sesión, en busca de un espacio en donde trabajar, etc. Pues bien, todas estas dificultades de ámbito externo, con ser muy importantes para un idóneo establecimiento del marco terapéutico, no lo son todo. Pueden tolerarse deficiencias importantes —siempre que no sean de la responsabilidad del terapeuta, como es natural— si se establece un marco interno en el cual queden claros el objetivo propuesto, es decir, ampliar el conocimiento que de sí mismo tiene el paciente, la relación paciente - terapeuta y la metodología para lograrlo. Volveré sobre ello más adelante, cuando hable de la estructuración del acuerdo terapéutico y la relación de trabajo.

En cuanto a lo que se refiere a los aspectos más externos de la recepción, es aconsejable, que no haya, entre el paciente y el psicoterapeuta, personas interpuestas que pidan datos, confeccionen historial clínico, etc. El trato paciente - terapeuta debe ser directo e inmediato. En todo lo que sea razonable, debe evitarse la exposición de detalles y datos exter-

nos concernientes a la personalidad y características privadas del terapeuta, quien debe permanecer, como persona particular, lo más velado posible. Aunque esta cautela en cuanto a la intimidad del terapeuta pueda parecer algo puramente formulario, se halla inextricablemente unido al respeto al paciente del que antes he hablado. Intentaré explicarlo. Toda la información innecesaria que el paciente pueda recibir del terapeuta es un ataque a su libertad, ya que, de una u otra manera, esta información se inmiscuye en la espontaneidad de sus asociaciones y fantasías, presionando sobre ellas en una u otra dirección, limitando algún tipo de pensamiento y estimulando otros, favoreciendo el desarrollo de cierto tipo de comunicación y oponiéndose a determinadas pautas de relación, etc. La información acerca del terapeuta es susceptible tanto de constreñir como de estimular algunos aspectos de la producción mental del paciente, ya sea por temor, por miedo al enfrentamiento, por sumisión, por antagonismo, por envidia, por rivalidad, por miedo a la competencia o por deseo de ella, etc. También dificulta la nitidez de las relaciones transferenciales, ya que, como sabemos, éstas se desarrollan de una forma tanto más clara y límpida cuantas menos sean las interferencias de la realidad externa que, incidiendo en la figura del terapeuta, lo oscurecen y confunden. Desde el momento en que acude al tratamiento, el paciente tiene derecho a desplegar su mundo interno —del que le es preciso profundizar en el conocimiento— a través de sus pensamientos, asociaciones, peculiaridad de comunicación, matices de relación, especificidad de su transferencia, etc. sin que se lo estorbemos cargándole, sin razón, con una información que, sin serle de ninguna utilidad, obstaculizará de forma grave, y tal vez permanente, la prístina originalidad de su expresión. Vistas así las cosas, puede comprenderse cómo aquello que a primera vista pudiera parecer no tan sólo intrascendente, sino incluso de carácter más «amable» o «humano», como algunos gustan erróneamente de decir, conduce a una grave distorsión. Por tanto, el disponer las cosas de una forma tal que el paciente pueda tener algún acceso a la realidad del terapeuta, tal como sus gustos, sus aficiones, sus opiniones sobre cualquier materia, etc., lejos de ser un acercamiento afectuoso y comprensivo hacia él es un ataque desconsiderado contra su libertad individual y una completa falta de respeto a sus derechos. Vemos pues que, como he dicho antes, en la p. p. el principio ético de respeto absoluto a la persona del paciente se iguala y asimila con las reglas técnicas derivadas del conocimiento del inconsciente.

Espero que estas palabras sirvan para comprender cómo la metodología de la p. p. —evidentemente aprendida y adaptada de la metodología psicoanalítica— aun cuando en algunos momentos pueda parecer al observador no avisado como demasiado distante, fría o excesivamente prudente, ha de basarse siempre en la más delicada deferencia hacia el paciente y su derecho a la libertad. Lo que he dicho respecto a la cuestión de la reserva de la realidad del terapeuta puede repetirse en lo que concierne a la puntualidad horaria en el inicio de las sesiones, la estabilidad

en el ritmo de trabajo, la constancia del terapeuta en mantenerse estrictamente en su función comprensiva y estimuladora de la comprensión, etc.

Quiero terminar el punto de la recepción del paciente, tan estrechamente ligado al miramiento por los derechos y la libertad de éste, con una cuestión que se plantea con extraordinaria frecuencia. Como ya he dicho anteriormente, muy a menudo el paciente es remitido por otro profesional, de la misma institución, tal vez, cuando el terapeuta se halla trabajando en una institución, o por otro profesional de la práctica privada cuando es éste el caso, o aconsejado por un amigo o familiar, etc. En las decisiones que hayan de tomarse, el psicoterapeuta debe prescindir de estos aconsejamiento o inducciones. Si él recibe al paciente, está dispuesto a escucharlo y a iniciar el tratamiento en el caso de creer que con ello puede ayudarle es porque éste, libremente y por propia iniciativa, ha acudido en busca de orientación y ayuda. No contradice esta afirmación el hecho de que esta libre iniciativa haya surgido a raíz de un consejo, de una indicación, etc. de profesionales, familiares o amigos. El psicoterapeuta debe dejar bien establecido, con su actitud y palabras, que él atiende al paciente porque éste lo ha querido, aun con todas las dificultades y contradicciones que puedan existir en su interior, y que se halla dispuesto a escuchar sus peticiones y demandas de ayuda, pero las suyas, no las del amigo o profesional o quien sea que supuestamente le ha empujado a solicitar una entrevista. El psicoterapeuta ha de estar interesado en dialogar tan sólo con el paciente como sujeto individual, no con terceras personas a través de éste. Y ello es, también, una justa demanda de la reverencia hacia la libertad individual del paciente que debe guiar todo su comportamiento. Pero, de nuevo, es también un requerimiento técnico. No sería posible estatuir una apropiada vinculación paciente - terapeuta sino es partiendo de la base de que se trata de dos personas que se hallan reunidas por propia voluntad e independientemente de toda presión externa. Ni tampoco sería factible el empeño en ofrecer comprensión al paciente si éste no solicita, por sí mismo, un mayor discernimiento acerca de sus procesos mentales. Así, pues, el terapeuta ha de perfilar una situación en la que se destaque, sin ambigüedades, que el paciente no está actuando como portavoz o representante de aquella persona que le ha aconsejado acudir a él, sino que se encuentra, aunque ayudado por su presencia, sólo frente a su propia responsabilidad.

Con esto no quiero decir que, desde el punto de vista técnico, si el paciente acude a la primera entrevista acompañado de algún familiar sea necesario rechazar la presencia de éste. En general, cuando se concierta la entrevista es mejor que la persona que lo haga —y siempre es mejor que, en lo posible, sea el propio terapeuta— dé a entender, de alguna manera, que se trata de un asunto privado entre los dos y que, a diferencia de lo que ocurre en otro tipo de consultas, especialmente las médicas, no es necesaria la presencia de terceros. Pero si así y todo el paciente se presenta escoltado por algún familiar y hace patente su deseo de agregarlo a la consulta, es más conveniente acceder a esta demanda, implícita o explícita.

ta. En parte por respeto a sus deseos y, en parte, porque ello nos permitirá recoger con más amplitud y naturalidad la realidad de su constelación familiar.

Es evidente que, bajo este epígrafe de la recepción del paciente, he tratado diversas cuestiones que más propiamente deben ser estudiadas en aquellos apartados en los que se exponga vicisitudes diversas de la relación paciente - terapeuta una vez ya iniciado el tratamiento, tal como ocurre con lo que hace referencia, por ejemplo, al marco interno. Y, de hecho, volveré a ahondar más en algunas de las cosas que he dicho hasta el momento. Pero es que, como ya he anunciado, la relación se estructura, para bien o para mal, desde el primer encuentro, y es por ello por lo que, desde este temprano momento, han de ser tenidos en cuenta los puntos más fundamentales de ella.

4.3. Las entrevistas iniciales

4.3.1. *Objetivos generales*

Más adelante me ocuparé de la técnica de la entrevista durante el curso del tratamiento. Ahora quiero adentrarme en las primeras entrevistas en particular, ya que éstas tienen unas características propias que las distinguen de las entrevistas o sesiones que tienen lugar una vez iniciado el tratamiento propiamente dicho. Al hablar de «primeras entrevistas» quiero señalar que éstas pueden desarrollarse en sólo una o en más sesiones. En el caso de que sean dos o tres las sesiones consideradas como «primeras entrevistas», todas ellas están unidas por unos objetivos comunes: los de establecer un diagnóstico psicodinámico de lo que le ocurre al paciente; fundar, consecuentemente, un pronóstico; considerar las posibilidades de prestar ayuda y la forma como ha de procederse para ello, y estructurar una relación de trabajo, en lo interno y en lo externo, que permita la iniciación o comienzo del tratamiento. Debo aclarar que por diagnóstico psicodinámico no quiero significar una etiqueta diagnóstica clasificatoria como sucede en el campo de la medicina, sino conseguir cierto discernimiento del tipo de relaciones objetales, ansiedades y fantasías que predominan en el mundo interno del paciente y que, por supuesto, configuran sus formas de adaptación y comportamiento externo. Y ello, aún, de una forma limitada y provisional, ya que en p. p. el diagnóstico —el conocimiento de lo que está ocurriendo en la psiquis del paciente— es paralelo al proceso de cambio y modificación, siempre y cuando este diagnóstico —o la adquisición de conocimientos— no lo realice tan sólo el terapeuta, sino que sea el propio enfermo quien vaya avanzando en el saber acerca de sí mismo. Tomándolo por el lado opuesto, una mayor profundización diagnóstica por parte del paciente implica siempre modificaciones en su situación mental.

Casi no es necesario insistir en que la entrevista debe efectuarse den-

tro de un clima emocional de confianza, seguridad y cordialidad. Son erróneas, y demuestran una equivocada idea de lo que deben ser las relaciones propias de la p. p., las actitudes excesivamente frías, distantes, engoladas y falsamente superiores por parte del terapeuta. Lo que he dicho acerca de la discreción y comedimiento en cuanto a la individualidad o privacidad del terapeuta no supone que este último no deba conducirse con naturalidad, sencillez y afabilidad en todo momento. Por el contrario, ha de procurar transmitir, con su actitud, su convicción de que ni él es superior ni el paciente inferior por el hecho de que éste venga a solicitar ayuda y él sea el encargado de proporcionársela. Ni uno es más ni el otro es menos, y el terapeuta ha de dar a entender, implícitamente, que valora en lo que se merece la sinceridad y valentía que supone en todo ser humano el reconocimiento de las propias dificultades y el afán por vencerlas y superarlas.

4.3.2. La finalidad de la entrevista

Un aspecto importante y que debe quedar claro desde el primer momento, en mi opinión, es el de la finalidad o propósito de la entrevista. Es decir, se trata de fijar si la entrevista tiene el carácter de una consulta meramente orientativa, tras la cual el psicoterapeuta emitirá su opinión, aconsejará el tratamiento a seguir y, en consecuencia, remitirá el paciente al especialista que, según su parecer, podrá llevar a cabo dicho tratamiento, o bien si será él mismo quien lo efectuará, siempre y cuando, como es natural, ambos protagonistas lo sientan como útil y conveniente. Creo que el paciente tiene derecho a saber, desde el primer momento, a qué atenerse. De lo contrario, nos exponemos a infligir una dolorosa herida narcisista y un perjuicio innecesario a un paciente que, después de una o varias largas entrevistas, en el curso de las cuales anuda lazos de confianza y afecto con su supuestamente futuro terapeuta, se encuentra, al final, con la amarga sorpresa de que éste jamás ha pensado en ocuparse personalmente de él.

Naturalmente, esto no significa que, aun cuando la entrevista haya sido planeada con el propósito de llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico si uno y otro lo sienten conveniente, las cosas vayan siempre en este sentido. Tanto el paciente como el terapeuta tienen siempre el derecho a decidir, de acuerdo con su más íntima convicción, sobre si juzgan, o no, adecuado emprender juntos esta ardua empresa de un tratamiento psicoterapéutico. En cuanto al terapeuta, es indudable que no todos los especialistas, por formados que estén, se hallan en condiciones de tratar a toda clase de pacientes. Todo terapeuta ha de ser consciente de sus limitaciones, de sus ansiedades principales, de sus dificultades internas, etc., que le impiden responsabilizarse de cierto tipo de pacientes. Lo contrario, sería caer en un piélagos de narcisismo y omnipotencia. El respeto al paciente, del que antes he hablado, obliga a saber renunciar a un trata-

miento cuando el terapeuta se da cuenta de que las peculiaridades de aquél son susceptibles de acrecentar sus ansiedades y de estorbar el desarrollo de su pensamiento. Pero también debe ser el terapeuta prudente por el otro extremo, y no inducir falsas esperanzas en un paciente que acude con el anhelo de encontrar a alguien dispuesto a ayudarlo, sino estima que existe una más que razonable posibilidad de que pueda tomar sobre sí la responsabilidad del tratamiento. Es fácil suponer lo penoso que resulta para el paciente ver rechazada su petición de ayuda por aquel en quien, previamente, había confiado y a quien ha hecho depositario de sus sentimientos más íntimos. Algunos enfermos abandonan sus tentativas de iniciar un tratamiento tras varios intentos frustrados por encontrar el psicoterapeuta con quien realizarlo. Asentados estos principios, me ocuparé tan sólo, dada la finalidad de este volumen, de la entrevista programada como puerta de entrada a un posible tratamiento.

4.3.3. Entrevista libre y entrevista dirigida

Una duda o pregunta que se plantea con frecuencia es la de si, en las primeras entrevistas, el terapeuta debe orientar la conversación, a fin de obtener la información que considera precisa acerca de los motivos de la demanda de tratamiento, inicio de los síntomas o dificultades, situación laboral, familiar, social, vida sexual, capacidad de adaptación, proyectos, deseos, etc., o si es mejor dejar que el paciente hable por sí mismo, adoptando una actitud de atenta escucha y limitando las intervenciones al mínimo imprescindible. Los partidarios de la entrevista dirigida opinan que sin una apropiada canalización de la comunicación, impuesta por el terapeuta, se corre el riesgo de que no aparezca gran cantidad de información imprescindible para conocer con exactitud la situación interna y externa del paciente, y que aquél se encontrará, después de una o varias entrevistas, sin la necesaria visión de conjunto. Evidentemente, esto es cierto desde un punto de vista formal. Muchos pacientes no nos hablarán, si no se lo pedimos expresamente, de su sexualidad, o de sus relaciones familiares, o de la forma como transcurrió su infancia, o de sus relaciones sociales y de amistad, o de su situación profesional, etc. y algunos apenas se referirán, más que de pasada y de forma sorprendentemente superficial, a aquellas molestias o contrariedades que les han impulsado a solicitar ayuda. Y también es cierto que el terapeuta puede sentir como una contrariedad momentánea el carecer de noticias en torno a un tema que juzga de provecho conocer. Pero también lo es que siempre tiene la oportunidad de preguntar, cuando considere que hay algo que imprescindiblemente debe saber y que no le ha sido comunicado por el paciente, y es evidente que en muchas ocasiones el terapeuta se ve obligado a formular numerosas preguntas y cuestiones en las primeras entrevistas. Pero también creo que, hasta que llegue esta necesidad insoslayable, la mejor técnica a seguir es la de permitir al paciente llevar la

entrevista por los derroteros que más le apetezcan, sin torcer su inclinación con concretas interrogaciones. La razón es muy simple. La de que no creo que haya fuente de información más rica acerca del paciente que la de ver cómo se comporta, cómo se expresa, qué expresa, qué es lo que calla, cómo va desarrollando su pensamiento, cuál es su forma de relacionarse con el terapeuta, cuál la de desplegar sus sentimientos en el curso de la exposición y de qué manera plantea, sin puntualizaciones ni requerimientos, la trama general de la entrevista. Ésta es una información mucho más jugosa que la que puede obtenerse con interrogaciones directas. Podemos afirmar a este respecto que el que hace preguntas no obtiene más que respuestas. El desenvolvimiento libre del paciente nos proporcionará, sin ninguna duda, un conocimiento mucho más fértil y caudaloso que una simple secuencia de contestaciones.

En mi opinión, es lo más conveniente dejar que el paciente organice la entrevista de acuerdo con su más pura espontaneidad, no obstruyendo el fluir de sus palabras, si no es de todo punto imprescindible, durante la primera hora aproximadamente. Con ello, no quiero decir que el terapeuta haya de permanecer en absoluto mutismo, sino que puede intercalar alguna intervención dirigida a mostrar su interés, que entienda lo que el paciente intenta comunicarle, o que desea aclarar algo que acaba de oír. Es decir, ateniéndose únicamente a la dirección del pensamiento del paciente, sin pretender introducir elementos nuevos ni forzar la trayectoria de la conversación. Después de este plazo, y una vez que el paciente ha podido expresarse con toda libertad, habrá llegado el momento de solicitar algunas aclaraciones, pedir mayor profundización en algunos puntos y, en todo caso, confrontarle con algunos aspectos poco comprensibles o contradictorios de su exposición. Para que ello sea posible, el terapeuta debe disponer, para esta primera entrevista, de no menos de una hora y cuarto, preferiblemente hora y media. En relación a este punto del tiempo quiero precisar que el terapeuta debe saber, antes de comenzar la entrevista, exactamente el tiempo durante el cual será posible trabajar. Salvo casos excepcionales, como es natural, necesitará de este tiempo por completo. Cuando se acerque el fin del mismo, debe cuidar de no dar muestras de apresuramiento en su actitud ni en sus palabras, ni mirar impacientemente el reloj, ni apremiar al paciente para que dé fin a lo que en aquel momento está manifestando, sino que, con segura y sencilla naturalidad, deberá advertir acerca de la terminación del tiempo disponible y de la necesidad de fijar una nueva entrevista para continuar la conversación. Aparte de ser ésta la forma más cortés y respetuosa de dar fin a la entrevista, consigue con ella, dos objetivos. Uno, el de introducir progresivamente, pero desde el primer momento, al paciente en lo que podemos llamar ritmo de trabajo. Otro, que el paciente comience a aprender, también desde el principio, que la p. p. es un proceso que se juega en el tiempo, no una situación indefinida, indeterminada, sino una oportunidad que hay que saber aprovechar, lance a lance, minuto a minuto.

En general, considero que una sola entrevista es insuficiente, y que es más ventajoso dedicar dos o tres sesiones a este primer contacto. También creo que, a partir de la primera sesión, el terapeuta puede adoptar un papel más activo en el sentido ya mencionado anteriormente, es decir, sintetizando, resumiendo, solicitando alguna ampliación de determinados aspectos expresados por el paciente, o, si lo cree justificado, preguntando directamente sobre algún tema del que éste no haya hablado. Las omisiones pueden ser tan importantes como aquello que ha sido puesto de relieve.

No considero aconsejable, en principio, prolongar más de tres sesiones este primer contacto. Creo que al cabo de tres entrevistas, como máximo, es menester haber llegado a una determinación y acuerdo sobre el comportamiento a seguir a partir de aquel momento; en esencia, iniciar el tratamiento si éste aparece ajustado a los deseos de los dos, o buscar otra solución.

La prolongación dilatada y excesiva del tiempo dedicado a exploración, diagnóstico y programación de un plan de actuación conlleva, fácilmente, una difuminación o borrosidad del ritmo de trabajo, por un lado, y cierto grado de pegajosidad o adhesión al tipo de relación propia de los primeros contactos y que no es el mismo que ha de regir una vez iniciado el tratamiento. Ello puede crear dificultades en el momento en que pertoca que cada uno adopte el papel que le corresponde dentro de la relación psicoterapéutica.

4.4. Formulación diagnóstica

4.4.1. *El mundo interno del paciente*

Naturalmente, el hecho de que proponga una actitud de escucha receptiva en el terapeuta, dejando al paciente en libertad para organizar la entrevista a su manera, presupone que el terapeuta, a su vez, calladamente, va reconstruyendo en su mente el mundo interno de su interlocutor y, también, ya que sería erróneo y desafortunado permanecer ciego frente a ella, su realidad externa. A través de la comunicación del paciente, tanto por su contenido —lo que constituye la directriz argumental de su narración— como por su forma —el estilo, la manera de explicar, el tono emotivo, la voz, la mímica, etc.— el terapeuta procura apreciar la estructura neurótica, perversa o *borderline* del paciente, y llegar al máximo conocimiento posible:

- a) de la fuerza y funcionamiento del yo;
- b) de las relaciones que mantiene el yo con los objetos internos y las de éstos entre sí;
- c) de las ansiedades predominantes y de los mecanismos con los que el yo se defiende de ellas; de la fuerza de las pulsiones eróticas y de las destructivas;

- d) de la manera como el yo satisface los impulsos, deseos y necesidades, a la vez que se adapta a las presiones y demandas externas;
- e) de la severidad y dureza, o tolerancia y benevolencia del superyó;
- f) de los sentimientos de culpa;
- g) de las necesidades de castigo;
- h) del tipo de sexualidad;
- i) de la capacidad del paciente para fantasear y verbalizar sus fantasías;
- j) de la existencia en el paciente de una actitud de búsqueda interna, con deseos de hallar una explicación a sus dificultades en su propia mente, o si, por el contrario, necesita darse en todo momento una argumentación de tipo externo, presentándose simplemente a sí mismo como una víctima o producto de las circunstancias, con ceguedad frente a su propio comportamiento y sentimiento;
- k) del tipo de relación que intenta establecer con el terapeuta, como reflejo de las relaciones que mantiene con los objetos internos;
- l) de la capacidad de comprensión interna, o *insight*, como respuesta a alguna breve y sencilla explicación que pueda ofrecerle el terapeuta frente a determinado aspecto del material expuesto;
- m) de hasta qué punto, en el trato con los otros, predomina la realidad externa de éstos, o si son utilizados principalmente a nivel transfereencial, es decir, como reproducciones en el exterior de las imágenes internas;
- n) de la existencia del deseo de comunicar con el terapeuta, de darle a conocer sus sentimientos y fantasías, o, por el contrario, del predominio de la identificación proyectiva no comunicativa, es decir, del intento de invadir y controlar la mente del terapeuta proyectando pensamientos y partes del *self* en el interior de éste;
- ñ) del tipo de fantasías, conscientes e inconscientes, acerca del tratamiento.

Es evidente que esta larga lista de cuestiones acerca del paciente no podrá ser satisfactoriamente cumplida por el terapeuta en el curso de una, dos o tres sesiones previas, pero sí debe figurar en su mente, y todo aquello que escuche y observe ha de ser empleado para tal fin. Sólo un análisis completo y exitoso podría dar satisfactoria respuesta a esta serie de interrogantes y, tal como he dicho antes, las respuestas irían apareciendo al unísono con la propia comprensión de sí mismo y, por tanto, con la modificación de la estructura mental del paciente y la desaparición de sus conflictos. En una p. p. no podemos, por regla general, esperar tanto, pero éstas son siempre las incógnitas que deben preocupar al terapeuta, aun a sabiendas que gran parte de ellas no obtendrán nunca una aclaración suficiente.

Un punto de especial interés dentro de la formulación diagnóstica es el que hace referencia a la capacidad de *insight* por parte del paciente. Muchos psicoanalistas y psicoterapeutas opinan que, antes de decidir la conveniencia y posibilidad de un tratamiento psicoanalítico o de p. p., es

menester que el terapeuta pueda formarse una idea de la manera cómo el paciente reacciona ante una interpretación, y, para ello, le ofrecen una interpretación experimental o de prueba. Algunos pacientes, aun en la primera o segunda entrevista, tienen la aptitud de tomar conciencia de aquello que se esconde en su mente, de establecer nuevas conexiones significativas y de obtener una perspectiva distinta de sí mismos después de escuchar aquello que se les explica. Otros, por el contrario —y ello, como es natural, depende estrechamente de las respuestas que pueden darse a las cuestiones que he enunciado anteriormente— no captan el intento explicativo del terapeuta, se muestran extrañados, insisten en su descripción y razonamiento de los hechos como presumiendo que aquél no ha entendido sus argumentaciones, expresan cierta mal disimulada sorpresa por el hecho de que alguien pretenda saber más que ellos mismos de su estado mental o de sus pensamientos, etc. Es obvio decir cuánto influirá en la postura del terapeuta frente a la decisión de iniciar o no un tratamiento, el tipo de reacciones que se presenten ante la interpretación de prueba.

Desde luego, hay objeciones acerca de este tipo de interpretación y dudas sobre si es aconsejable, o no, su introducción. Para mí, la más importante de las objeciones que pueden darse es la de que, hasta aquel momento, el paciente no ha pedido ninguna interpretación, y la experiencia en psicología dinámica enseña que una interpretación no solicitada es sentida siempre como una agresión, y, evidentemente, también muchas de las que sí lo han sido. El paciente se halla exponiendo su propia versión de los hechos, en espera de obtener la opinión y el consejo autorizados de un profesional, dentro de la línea intelectual-consciente de pensamiento a la que él se halla habituado y en la que él supone se desarrolla la entrevista. Introducir una interpretación puede significar cierto abuso por parte del terapeuta, ya que con ella éste se desvía de la línea de comunicación que, hasta aquel momento, se venía desarrollando, para pasar a otro plano sin el previo consentimiento del interlocutor. Tal vez, por tanto, pueda considerarse una falta de respeto a la libertad del paciente. También puede objetarse que la interpretación es un instrumento terapéutico y que es improcedente y distorsionador mezclar las entrevistas exploratorias con el tratamiento. Otra objeción es la de que, de todas maneras, es muy difícil poder apreciar, en estos momentos iniciales, si se trata de un verdadero *insight* o de un falso *insight* destinado a complacer al terapeuta, o, tal vez, de un intento de evitar una mayor profundización a través de una rápida y aparente aceptación, etc. Por tanto, si esto es así, nos encontramos con las desventajas de la interpretación un tanto precoz, sin sus beneficios.

Por mi parte, no creo que pueda darse, respecto a este asunto, una regla válida. Creo que el posible perjuicio y el probable provecho se equilibran, y que, en cada caso, el terapeuta debe calibrar entre uno y otro antes de proceder. De todas formas aconsejaría, en la duda, abstenerse.

4.4.2. Las defensas contra la ansiedad

La ansiedad es el fenómeno básico en todo conflicto intrapsíquico, sea cual sea el tipo del mismo. Ante la ansiedad el sujeto responde con defensas de diferente nivel. Estas defensas, además de lo que podemos llamar sus características internas, tienen una función de adaptación —aun cuando sea una adaptación perturbada— a la realidad externa. lo cual es de suma importancia en la práctica de la p. p.; puesto que ésta se halla fundamentalmente encaminada a facilitar la integración del paciente en su mundo. Desde este punto de vista, podemos distinguir cuatro niveles de defensa contra la ansiedad (Wolberg, L., 1967):

- 1) Esfuerzos por mantener el control;
- 2) defensas caracterológicas;
- 3) defensas represivas;
- 4) defensas regresivas.

4.4.2.1. Los esfuerzos por mantener el control

La primera línea de defensas está constituida por los esfuerzos conscientes, preconscientes e inconscientes para manejar las circunstancias externas o modificar el comportamiento, de modo que sea posible la contención de los conflictos internos. Puede decirse que, en estos casos, en lugar de arreglar su situación interna, el sujeto produce modificaciones en el exterior o en su conducta, para disminuir su estado de tensión. Se trata de defensas «normales» que, en mayor o menor grado, se encuentran presentes, en unas u otras de sus variedades, en todos los seres humanos. Entre ellas podemos distinguir:

- a) Evitación del estímulo o situación desencadenante de ansiedad.
- b) Substitución de una satisfacción pulsional por otra; por ejemplo, el comer como sustituto de la satisfacción sexual.
- c) Desplazamiento. El comportamiento conflictivo modifica sus objetivos. Por ejemplo, deporte violento por agresión.
- d) Gratificación por fantasías diurnas.
- e) Racionalización. Utilización de razones sociales y de tipo externo para explicar, de manera inconscientemente falsa, el comportamiento motivado por necesidades internas.
- f) Utilización de ideologías políticas, religiosas o sociales para trasladar los conflictos internos hacia el exterior.
- g) Comportamiento impulsivo, no razonado, como forma de descargar la tensión interna.
- h) Actitud de rígido autocontrol para evitar la exteriorización de los conflictos.
- i) Dedicación compulsiva al trabajo, diversiones, aficiones, etc. como una forma de favorecer la represión de los conflictos internos no resueltos y sentidos como peligrosos.

4.4.2.2. Defensas caracterológicas

La segunda línea de defensa está constituida por las defensas caracterológicas a las que ya me he referido al hablar de las resistencias. Desde el punto de vista fenomenológico podemos distinguir entre:

- a) Carácter obsesivo.
- b) Carácter fóbico.
- c) Utilización de técnicas de dominio y sadismo para las relaciones con los otros.
- d) Actitudes de dependencia, pasividad y sumisión.
- e) Actitudes autopunitivas y expiatorias, austeridad extremada, ascetismo, etc.
- f) Técnicas de distanciamiento, desinterés y frialdad.
- g) Ambición compulsiva.
- h) Tendencia a la grandiosidad y al perfeccionismo.

4.4.2.3. Defensas represivas

La tercera línea de defensas está constituida por las defensas represivas. En conjunto, se halla constituida por lo que clínicamente podemos denominar síntomas neuróticos. Es decir:

- a) Síntomas de disociación.
- b) Síntomas de conversión.
- c) Ansiedad de fondo y crisis de ansiedad.
- d) Síntomas fóbicos.
- e) Formaciones reactivas.
- f) Aislamiento.
- g) Anulación.
- h) Rituales obsesivos.

4.4.2.4. Defensas regresivas

La cuarta línea está formada por las defensas regresivas. En conjunto, son aquellas defensas que expresan el fracaso del yo en llevar a término su triple cometido de lograr una adecuada satisfacción de las necesidades internas, respetando, a la vez, la realidad externa y ajustándose a las normas y mandatos del superyó.

- a) Negación de la realidad y otras defensas psicóticas. Encontramos, aquí, los síntomas propios de las psicosis esquizofrénicas y paranoicas. La realidad externa es negada o ignorada, con un desbordamiento, total o parcial, de la realidad interna que se presenta, en la clínica, como alucinaciones y delirios. El criterio o principio de realidad, arduamente alcanzado en las etapas primeras del desarrollo infantil, desaparece, en beneficio de la ruptura de la represión y de la libre expresión del inconsciente.

Además de la negación hallamos, como principales defensas psicóticas, el control omnipotente del objeto, las defensas mániacas, la disociación y la identificación proyectiva (Klein, M., 1946).

b) Versión hacia el yo de la agresividad dirigida contra el objeto. La pérdida del objeto reactiva el odio y los impulsos destructivos contra éste. Si la elección de objeto ha sido predominantemente narcicista, la parte del yo identificada con el objeto recibe todo el sadismo y agresión primitivamente encaminados hacia éste. De aquí las acusaciones, recriminaciones, etc. de toda índole que el sujeto lanza contra sí mismo en las psicosis depresivas. Esta agresividad internalizada conlleva, siempre, la posibilidad de autodestrucción, es decir, de suicidio. En la manía, se ha producido el triunfo sobre el objeto (Klein, M., 1935).

c) Perversiones. En las perversiones hallamos, también, defensas de tipo primitivo, psicóticas, aun cuando la negación de la realidad y el ámbito de estas defensas y mecanismos psicóticos se hallan más localizados. En cierta manera, la perversión es una psicosis parcial. En ella, la negación de la realidad se focaliza en el rechazo de la sexualidad fecundante y creadora de los padres, para, en su lugar, engrandecer y glorificar la sexualidad infantil a través del acto perverso (Meltzer, D., 1973; 1979; McDougall, J., 1979; Joseph, B., 1971; Bassols, R. y Coderch, J., 1984).

d) Utilización de alcohol y otras drogas. Aun cuando en las tres primeras líneas de defensa podamos hallar, también, la ingesta del alcohol y diversas drogas como forma de combatir la ansiedad, aliviar la tensión, disolver las inhibiciones, etc., se trata de un recurso más esporádico, ligado a determinados momentos o anécdotas de la vida del sujeto, y buscado como una ayuda para la adaptación a la realidad. Por ejemplo, el muchacho o muchacha que necesitan beber en las reuniones sociales o juveniles para librarse de sus inhibiciones y poder actuar con naturalidad y desenvoltura. Lo que observamos, en cambio, en esta cuarta línea de defensas, es la adicción al alcohol y otras drogas en sentido estricto. En ella, la ingesta de drogas no es una forma de adaptarse a la realidad, sino la expresión de una peculiar relación con los objetos internos y tiene, como consecuencia tan inevitable como buscada, el apartamiento de la realidad (Glover, E., 1932; Rado, S., 1933; Knight, R.P., 1954; Fenichel, O., 1945b; Rosenfeld, H.A., 1964c).

4.4.3. Valoración de las aptitudes y capacidades del paciente

La p. p. es una tarea que se lleva a cabo entre el terapeuta y el paciente. Supuesta la preparación e idoneidad del terapeuta, es menester que éste se forme un juicio acerca de la aptitud del paciente para realizar el trabajo requerido a fin de alcanzar cierta comprensión de sí mismo y de su relación con las circunstancias externas que le rodean. Dicho de otro modo y en breves palabras, su capacidad de observación, de verbalización y comunicación, de *insight* y de utilización de la comprensión

adquirida. También, por otro lado, el terapeuta ha de llegar a una conclusión respecto a la existencia del deseo de aprender en el paciente, de su convicción de que le es preciso saber más de sí para conseguir una modificación de sus molestias o síntomas y de su disposición para aprovechar la ayuda que reciba. De acuerdo con este criterio, unido al diagnóstico dinámico que he estado exponiendo, el terapeuta decidirá si el paciente es, o no, idóneo para emprender una p. p., y en este caso, dado que, como ya he dicho, la p. p. puede realizarse en distintos niveles de intensidad, determinará cuál es la forma de p. p. más adecuada en cada paciente, cuál ha de ser el nivel de las interpretaciones, la mayor o menor focalización del material, la frecuencia de las sesiones, la duración abierta o a tiempo limitado del tratamiento, etc.

Naturalmente, todo lo que he expuesto en relación al diagnóstico psicodinámico ha de ser tenido en cuenta en el momento de decidir la idoneidad del paciente para determinada clase de psicoterapia. Pero, además, otros muchos factores, de los que a continuación hablaré, deben ser estimados cuidadosamente.

4.4.3.1. La demanda del paciente

Se trata de un asunto complejo y que no puede precisarse totalmente en las primeras entrevistas. Tan sólo un tratamiento prolongado puede permitir una visión completa de cuál es la verdadera demanda del paciente. Ya he dicho antes que, en este terreno, diagnóstico y tratamiento son dos procesos que se superponen. Durante los primeros contactos, sin embargo, el terapeuta debe intentar esclarecer la demanda que se le dirige con los conocimientos de que en aquel momento dispone. Casi no es necesario recordar que las demandas conscientes e inconscientes que el paciente plantea a su futuro terapeuta se mezclan de forma, a menudo, muy embrollada.

En principio, el paciente acude al terapeuta solicitando ayuda para sus dificultades emocionales, relacionales, sociales, laborales, sexuales, etc. Pero las matizaciones y variedades de esta petición de ayuda son numerosísimas. Intentaré resumirlo en los párrafos siguientes.

Unos desean tan sólo verse librados rápidamente de sus síntomas, sin conocer ni entender nada de ellos. Otros esperan recibir soluciones y directrices. Otros, fortalecerse con teorías y reglas psicológicas para combatir sus ansiedades sin cambiar nada.

En ocasiones, la demanda escondida es la de que el terapeuta les transmita su supuesta fuerza y sabiduría; o la de encontrar en la relación con el terapeuta una experiencia emocional satisfactoria que compense los sinsabores y frustraciones de su vida habitual; o la de ser severamente juzgados y castigados por el terapeuta, a fin de sentirse aliviados de sus sentimientos de culpa; o convertir al terapeuta en una fuerte figura parental que gratifique sus deseos de dependencia y protección; o la de

identificarse con la figura idealizada del terapeuta como una forma de alcanzar tal idealización; o la de sentirse justificados ante sí mismos al poner en práctica, por lo menos en lo externo y formalmente, los medios necesarios para erradicar aquello que sienten inaceptable o malo en ellos, etcétera.

En otros casos, el paciente no pide nada por sí mismo, sino que se limita a transmitir aquello que algún familiar o amigo, u otro profesional a quien ha consultado le han aconsejado, es decir, la necesidad de un tratamiento psicológico.

A veces, la demanda puede también ocultar un desafío: comprobar quién de los dos es el más fuerte, si el terapeuta con sus conocimientos y su técnica, o el propio paciente, reciamente aferrado a su estilo patológico de vida.

Todas estas peticiones no se presentan, en los pacientes, una a una y por separado —como necesariamente me veo forzado a describirlas— sino que lo hacen simultáneamente, con grados diversos de intensidad, varias de ellas. La existencia de la auténtica convicción de que los síntomas o dificultades de cualquier orden tienen su raíz en conflictos internos que conviene desvelar, y la sincera petición de ayuda al terapeuta para lograr este propósito, no impiden la presencia de espúreas demandas inconscientes que se inmiscuirán con esta solicitud fundamental y pondrán toda clase de trabas y obstáculos al tratamiento. El terapeuta debe calibrar el predominio de las diversas actitudes y sentimientos en su tarea de decidir si el paciente se halla en condiciones de emprender un tratamiento psicoterapéutico y, de acuerdo con la situación general, el estilo y nivel que deberá transmitir a tal tratamiento.

4.4.3.2. El beneficio secundario y la ganancia externa

Ya he hablado antes del beneficio narcicista que obtiene el yo a través de la integración de los síntomas. A esto debe añadirse la ganancia secundaria que, en algunos casos, proviene de las mismas dificultades que se trata de eliminar. Todo trastorno emocional o del comportamiento posee para el paciente ciertas virtudes compensatorias o equilibradoras. Las alteraciones del carácter, por ejemplo, constituyen la forma habitual de relación con los otros; los síntomas somáticos pueden evitar tener que enfrentarse a sentimientos y fantasías intolerables; determinadas inhibiciones atenúan la propia responsabilidad ante uno mismo y ante los otros, etc. Sin duda alguna, cuanto más gratificación narcicista obtenga el yo de la integración de los síntomas, y cuanto mayor sea la ganancia secundaria externa proporcionada por la enfermedad, en peor disposición se encontrará el paciente para emprender una p. p.

4.4.3.3. Fuerza del yo

La labor organizadora del yo marcará la pauta de la disponibilidad para el trabajo terapéutico. De él depende la disponibilidad para establecer una alianza válida con el terapeuta, para tolerar las ansiedades y el sufrimiento que emergen en el curso del tratamiento, para desarrollar un progreso *messigbr.* para incorporar provechosamente las nuevas ideas y perspectivas obtenidas, y para utilizar de manera apropiada todo aquello que se ha comprendido. También, evidentemente, para soportar el esfuerzo, disciplina, tenacidad y deseo de aprender que exige todo tratamiento psicoterapéutico prolongado. La apreciación de la fuerza del yo debe realizarse desde dos vertientes o perspectivas, la interna y la externa. La interna se basa en la observación de lo que ocurre durante la entrevista y se fundamenta en la observación del comportamiento, verbal y no verbal, mostrado por el paciente. El rigor, la concisión y la soltura en la comunicación verbal son, sin ninguna duda, muestras positivas de la capacidad organizadora del yo, como son manifestación desfavorable la oscuridad, la confusión y la palidez en el relato. La pauta de relación que establece el paciente con el terapeuta, reproducción de la que mantiene el yo con los objetos internos, es también obra del yo. Todo lo referente a las líneas de defensa, demandas del paciente, etc. de que me he estado ocupando, expone la fuerza y habilidad, o, por el contrario, la debilidad y fracaso del yo. La perspectiva externa es la que nos muestra los logros y realizaciones del yo en la realidad exterior en la que el paciente desarrolla su existencia. El éxito o fracaso en la triple función del yo antes mencionada, se revela en la manera como el sujeto despliega su vida teniendo en cuenta, a la vez, sus necesidades, sus aptitudes y las presiones y demandas del entorno social, familiar y material en el que debe integrarse. Para determinar la fuerza del yo desde esta perspectiva externa, varios aspectos deben ser considerados.

a) Traumas y carencias durante la primera infancia

El fallecimiento de padres y hermanos, o las carencias prolongadas del cuidado materno a causa de enfermedades u hospitalizaciones del bebé o de la madre; las discusiones y peleas graves entre los padres, o la separación de éstos; las enfermedades graves o intervenciones quirúrgicas sufridas por el bebé; los malos tratos por parte de los padres; el insuficiente afecto por negligencia y descuido, etc., son factores que deben advertir acerca de una más que posible deficiencia en el crecimiento y formación del yo. Infortunadamente, lo contrario no es válido. Es decir, la ausencia de estos factores y el crecimiento del bebé en un hogar aparentemente armónico y equilibrado no es garantía, ni con mucho, de un yo fuerte y capaz.

b) Historia general del desarrollo personal

En este apartado han de tenerse en cuenta todas las pautas y características que han jalonado el progresivo desarrollo del paciente, así como la forma en que éste ha ido atravesando por las distintas etapas propias del crecimiento. En una simple y esquemática enumeración debemos recordar: nacimiento; problemas de la alimentación; desarrollo físico; aprendizaje esferiano; evolución cognitiva; adaptación escolar y posterior rendimiento intelectual; actividad laboral; sexualidad en la infancia, sexualidad en la adolescencia, juventud y edad adulta; integración social; enfermedades intercurrentes o crónicas, accidentes; inclinaciones, aptitudes específicas y aficiones; posible presencia de rasgos neuróticos o psicóticos.

c) Forma predominante de relaciones con los otros

Diversas variables han de ser examinadas aquí. El predominio de relaciones armónicas y satisfactorias con los otros, o, al contrario, la frecuencia de conflictos, rencillas, disensiones, insatisfacciones, etc. La tendencia al aislamiento, la dificultad de formar lazos amistosos y de colaboración o la aptitud para la amistad y el trabajo en común. Pasividad, sumisión o autoritarismo en el trato con aquellos con los que se convive; sinceridad y honestidad en las relaciones, o inclinación a la falsedad y al engaño; tendencia a utilizar a los otros; o disponibilidad para ser útil, etc.

d) Maneras de abordar los obstáculos y situaciones difíciles

Inevitablemente, en la vida de todo ser humano hay momentos especialmente apurados, penosos y complejos, ya sea desde el punto de vista emocional, laboral o social. Estos episodios críticos exigen una concentración de todas las fuerzas disponibles, a fin de lograr superar los impedimentos que han perturbado el equilibrio alcanzado o que impiden el normal progreso del ciclo existencial. En muchos casos, para alcanzar este fin, es necesario estructurar nuevas pautas de comportamiento y de relación con los otros y con uno mismo. Algunas de las respuestas que pueden producirse son indicio evidente de debilidad del yo. Entre ellas: apatía y abandono; sadismo; reacciones de somatización; utilización de alcohol o drogas; ansiedad intensa y paralizadora; depresión; dependencia; agresividad; actitudes paranoides con tendencia a culpabilizar a los otros de las dificultades, etc.

e) Presencia de circunstancias externas desfavorables como causa inmediata de la demanda de ayuda

En muchas ocasiones, el paciente que acude al terapeuta ha llevado una vida razonablemente satisfactoria para él y para aquellos que con él conviven y se relacionan, hasta que la presentación de algún suceso o circunstancia particularmente adversos han desencadenado un episodio más o menos agudo de perturbación emocional, con fracaso de las pautas de adaptación y de gratificación de las necesidades que hasta aquel momento han sido suficientes y ajustadas a los fines propuestos. En estos casos, y si la intensidad y calidad de las presiones desencadenantes parecen justificar el quebrantamiento producido, podemos suponer que no existe una debilidad intrínseca del yo y que, con la ayuda idónea, el sujeto podrá recuperar el nivel de funcionamiento anterior, considerado como razonablemente bueno. Por el contrario, si las causas que han producido el trastorno entran dentro de los límites que de ordinario cabe esperar que se presenten en diversas ocasiones en el curso de toda vida humana, podemos suponer que el equilibrio precedente, aparentemente satisfactorio era, en realidad, muy precario, asentado en bases muy inestables y comandado por un yo con muy escasos recursos. Las circunstancias responsables de la actual ruptura emocional no han hecho más que adelantar un poco en el tiempo aquello que, en uno u otro momento, se habría fatalmente presentado.

f) Nivel de integración social

Se trata de una cuestión a la que hay que atender en el intento de medir las fuerzas del yo, pero que, a la vez, se revela como sumamente resbaladiza y engañosa. En principio, el grado de conocimientos adquiridos, el rendimiento profesional, la independización del grupo familiar, la aptitud para unas adecuadas, satisfactorias y estables relaciones sexuales, el ejercicio de las funciones de maternidad o paternidad, la cualidad de las relaciones sociales y de participación comunitaria, etc. son factores que permiten enjuiciar, de acuerdo con el grado de logro alcanzado en ellos, el nivel de madurez y capacidad del yo. Sin embargo, muchos individuos pueden conseguir una imagen socialmente madura y de brillantes rendimientos gracias a una fuerte represión —que en ocasiones llega hasta los límites de lo consciente— de los conflictos emocionales, o desarrollando una personalidad de tipo obsesivo, perfeccionista, metódica, ordenada, con compulsiva necesidad de orden y precisión, que esconde primitivas pulsiones agresivas, intensas ambivalencias y torturadoras ansiedades. En otras ocasiones, personalidades con altas consecuciones y elevado prestigio social pueden estar fundadas sobre núcleos perversos que impulsan al afán de dominio, control sobre los demás y omnipotencia. De todas maneras, mi opinión es la de que, en estos casos en los que una apariencia

social buena e incluso excelente oculta una severa patología psíquica, debe admitirse la existencia de un yo fuerte que ha sabido sacar provecho de las aptitudes y potencialidades indispensables para obtener tan apreciables resultados externos. Infortunadamente, con frecuencia suele ocurrir que el paciente, en el curso del tratamiento psicoterapéutico, suele poner la mayor parte de sus capacidades al servicio de la parte agresiva, envidiosa y destructiva del *self*, en contra del terapeuta y de la parte más débil del *self* que aspira a ser reconocida y ayudada.

Por el contrario, signos propios de inmadurez del yo, como la falta de independencia, escasos logros intelectuales y profesionales, desadaptación social, etc., no siempre son índice de la imposibilidad de obtener un resultado significativo con un tratamiento psicoterapéutico. Bajo esta situación puede hallarse, como agazapado o en estado de latencia, un yo dispuesto a ser auxiliado y a desplegar sus recursos una vez asentada una relación de sincera colaboración y ayuda.

g) Situación actual

Cuando se pretende enjuiciar las posibilidades que puede ofrecer un tratamiento psicoterapéutico en determinado paciente, es menester tener en cuenta, también, el estado de la bipolaridad frustración-gratificación de la situación actual, así como el campo de posibilidades que se abre ante el sujeto. Favorece el desenvolvimiento del tratamiento una situación en la que las necesidades básicas, tanto en el aspecto material como en el emocional, se hallan satisfechas, y en la que las circunstancias personales y ambientales del paciente permiten un margen suficientemente amplio de maniobra para que la comprensión adquirida pueda ser empleada en nuevas formas de vida, de trato con los otros y de satisfacción de las propias necesidades. Por el contrario, cuando el paciente se halla inmerso en un conjunto de condiciones particularmente adversas y frustrantes, sometido a fuertes tensiones y sin perspectivas que permitan programar otras soluciones y objetivos para el encauzamiento de una razonable satisfacción material y emocional, la tarea psicoterapéutica se presenta mucho más difícil y, en ocasiones, imposible.

4.5. Manejo de las actitudes y sentimientos negativos durante las primeras entrevistas

Las resistencias se presentan, ya, en el curso de las primeras entrevistas. En realidad, a menudo se manifiestan incluso antes de que el paciente acuda al terapeuta. Y, en muchas ocasiones, las resistencias logran que alguien que, potencialmente, era tributario de un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico no llegue jamás hasta el terapeuta. Aunque he dicho que el concepto de resistencia se halla ligado al tratamiento, es

decir, que las resistencias son las fuerzas que, en el curso del proceso terapéutico, se oponen a los esfuerzos del terapeuta y de una parte del propio paciente para hacer patente lo que es inconsciente, esto no es absolutamente cierto. Las resistencias pueden presentarse antes del inicio e incluso antes de que el paciente se entreviste con el terapeuta. Existe algo previo a la relación real entre paciente y terapeuta, y es la relación mental. El paciente sabe, por una u otra fuente externa, que alguien puede ayudarlo en sus sufrimientos. Pero ya antes existía otro saber interno, puesto que en un momento de su vida estableció una relación con un objeto externo del cual recibía el sostén necesario para la vida en su aspecto material, a quien incorporó para estructurar su mundo interno, y del cual, desde este interior, continúa recibiendo el apoyo preciso para la supervivencia psíquica. Sólo el paciente sumido en la psicosis más profunda ha perdido el contacto con este buen objeto que ofrece el soporte necesario para la estabilidad emocional. Ésta es la relación mental, a la que me he referido anteriormente, con alguien de quien cabe esperar ayuda y comprensión. La figura del terapeuta sólo viene a materializar una relación de asistencia ya en vigencia. Sería imposible la fundación de una relación de trabajo entre terapeuta y paciente si previamente no existieran ya, en el mundo interno de éste, unos objetos sentidos como amorosos, favorables y benevolentes, que dispensan protección y amparo, y con cuyas cualidades el yo se ha identificado para su crecimiento y evolución. Pero, como hemos visto en el capítulo 1, también existen conflictos provocados por la envidia, el odio, las pulsiones agresivas, etc. contra objetos vividos como hostiles y perseguidores. A causa del sufrimiento que ello le produce, el paciente intenta evitar la toma de conciencia de estos conflictos, y este no querer saber da lugar a las resistencias con las que se encuentra el terapeuta en su primer contacto con aquél. Por esto he dicho que estas resistencias a saber de sí mismo se hallan ya en la mente del paciente aun antes de encontrarse frente al terapeuta y que, en ocasiones, su fuerza es tal que llegan a postergar por largo tiempo la decisión de solicitar ayuda. Todo terapeuta con experiencia ha tenido ocasión de comprobar la dureza de tales resistencias en pacientes que explican sinceramente, en las primeras entrevistas, que desde hace tiempo, tal vez años, se habían dado cuenta de su malestar psíquico, de su necesidad de ayuda, pero que, con diversos argumentos, se habían ido excusando a sí mismos de poner en práctica aquello que conocían les era menester. Naturalmente, de los que nunca llegan al terapeuta nada sabemos. Psiquiatras y psicólogos también conocen acerca de aquellos pacientes que, pese a serles aconsejado la conveniencia de un tratamiento psicoterapéutico para poner remedio a sus dificultades, han preferido seguir con éstas antes que arriesgarse a la, para ellos, tan peligrosa aventura.

En las primeras entrevistas, las resistencias no deben ser interpretadas como lo serán en el curso del tratamiento. Como máximo, puede ofrecerse alguna prudente clarificación como prueba a la receptividad del

sujeto. Ya he discutido, antes, las ventajas y desventajas de las interpretaciones de prueba en las primeras entrevistas. Así las cosas, las resistencias que se presentan en este primer momento deben siempre ser reconocidas. Raramente o nunca han de ser interpretadas, aunque ello depende de la opinión de cada terapeuta respecto a esta cuestión. En algunas ocasiones, pueden ser dejadas momentáneamente de lado. La más de las veces deberán ser recogidas y reflejadas de alguna manera, ya sea a través de una clarificación o de una confrontación y, en todo caso, mostrando al paciente estas fuerzas obstaculizadoras de la forma más comprensible para él mismo.

Sea cual sea el tipo de intervención utilizado, lo más importante estriba en hacer ver al paciente que el terapeuta ha captado sus sentimientos, sus actitudes de oposición o de carencia de verdadero interés por el tratamiento, sus temores frente al mismo, etc., y que los acepta como cualquier otro estado de ánimo, pensamiento, deseo, etc. que pueda presentarse, sin sentirse molesto ni agresivo con él. A partir de aquí, podrá discutirse con mayor libertad acerca de los sentimientos y actitudes del paciente contrarios al tratamiento. Al asumir las resistencias del paciente, el terapeuta pone de manifiesto que éste se halla en su derecho a tener y expresar tales sentimientos y convicciones, y que ellos, en sí mismos, también han de ser aclarados y comprendidos.

Además de la discusión franca acerca de las actitudes negativas del paciente ante el tratamiento, es perfectamente coherente, desde un punto de vista técnico, que el terapeuta, como contrapunto a ellas, focalice la atención hacia las molestias y sufrimientos ocasionados por las perturbaciones psíquicas o de comportamiento que han sido la causa de la consulta, tales como ansiedades, inhibiciones, fobias, depresiones, incapacidad para utilizar los recursos personales, etc. El reconocimiento, por parte del paciente, de las limitaciones y perjuicios que le abrumen, puede modificar, decisivamente, su postura ante el tratamiento. En el mismo sentido puede obrar la discusión de los errores de concepto e informaciones equivocadas que pueda tener el paciente acerca del tratamiento. Cuando se acerca por vez primera al que va a ser su terapeuta, es lo más posible que el paciente, incluso en aquellos casos en los que éste es un profesional de la psicología o la psiquiatría, tenga ideas muy inexactas e informaciones tal vez falsas sobre la p. p. Sus resistencias, que si son verdaderas, pueden verse muy reforzadas al vincularse a noticias mendaces y conjeturas desatinadas en torno a este tipo de tratamiento. Al corregir éstas, las resistencias a iniciar el tratamiento quedan momentáneamente desamparadas y sin asidero, siendo entonces más fácil que los deseos de aprender y cambiar que han impulsado al individuo a acudir a la consulta puedan cobrar suficiente vigor como para que se establezca el acuerdo terapéutico, del que luego hablaré.

Entre las ideas equivocadas más frecuentes encontramos las creencias de que:

—el terapeuta ofrecerá soluciones, consejos y pautas a seguir;

—la propia personalidad quedará absorbida y anulada por la del terapeuta;

—el terapeuta proveerá de técnicas y conocimientos especiales que permitirán afrontar todas las situaciones sin ansiedad ni temor de ninguna clase;

—el terapeuta será un amigo que apoyará y ayudará al paciente en contra de las personas que le rodean;

—el terapeuta se servirá del paciente para propagar sus ideas y convicciones;

—el tratamiento sirve para anular toda conciencia moral;

—el tratamiento conducirá la pérdida de todas las satisfacciones que la vida puede conceder;

—el tratamiento puede llevar a la ruptura total del matrimonio o de las relaciones familiares.

Técnicamente no hay inconveniente en aconsejar al paciente el comienzo del tratamiento, pese a todos los sentimientos y actitudes en contra del mismo que puedan hallarse presentes. Esta oposición, más o menos argumentada, al tratamiento no constituye ninguna contraindicación al mismo. Al hablar de las resistencias, ya me he referido a la constante presencia de las mismas en todo tratamiento psicoanalítico o de orientación psicoanalítica. Ellas mismas indican la existencia de un conflicto que es preciso desvelar, y, aun cuando no sean patentes y francas en el momento del comienzo del tratamiento, fatalmente aparecerán después, sin que ello sea óbice para la continuación del proceso. Ahora bien, el que las cosas sean así no autoriza al terapeuta a ponderar las ventajas del tratamiento para persuadir al paciente ni a presentar el tratamiento como algo muy provechoso. Esta actitud es totalmente contraria al espíritu de respeto y tolerancia que debe presidir la p. p. Además de atacar la libertad del paciente, este comportamiento provocaría tan graves complicaciones en la relación terapeuta - paciente que ésta quedaría ineludiblemente condenada al fracaso. Piénsese, para citar sólo una de las múltiples posibilidades, hasta qué punto un paciente puede renunciar a toda responsabilidad, a todo esfuerzo y compromiso en la tarea a realizar, con la simple argumentación, más o menos consciente o inconsciente, de que es el terapeuta quien se ha mostrado interesado en comenzar el tratamiento, quien ha insistido acerca de los beneficios que el mismo reportará y, por tanto, quien ahora tiene la obligación de pugnar para que se produzca la mejoría prometida.

Cuestión distinta es la de si debe aceptarse a un paciente que solicita tratamiento, pero no por propia decisión, sino por presiones externas —familiares casi siempre— sin que él, personalmente, parezca tener deseos de llevarlo a cabo. Las opiniones se hallan divididas. Muchos terapeutas no aceptan a un paciente en tales condiciones y se hallan en su derecho, puesto que ya he dicho antes que todo terapeuta tiene sus límites en cuanto al tipo de pacientes a quienes se siente calificado para tratar. Pero tampoco puede considerarse como un error técnico la acep-

tación de un paciente de esta clase. Lo que sí es preciso es poner las cosas en claro, ya que la admisión de una situación engañosa o ambigua por parte del terapeuta convertiría a éste en un cómplice de la falsedad y la confusión, y lo que se persigue en la p. p. es, cabalmente, todo lo contrario. Una vez dilucidado cuál es la situación real, puede principiarse el tratamiento para que el paciente tenga oportunidad de entender, con más exactitud, tanto su actitud de oposición al tratamiento como los motivos que le han llevado a acceder a las demandas o exigencias que le han sido formuladas.

Un extremo que frecuentemente preocupa a los futuros pacientes es la cuestión del sexo del terapeuta. Muchos pacientes se preguntan sobre si les será más asequible ocuparse de determinados problemas con un terapeuta del sexo masculino o del femenino. En realidad, la experiencia muestra constantemente que el estilo, los conocimientos y la personalidad del terapeuta son más importantes que el sexo al cual pertenece. Sin embargo, tampoco puede negarse que algunos pacientes parecen sentirse mejor con los terapeutas de determinado sexo. Así, por ejemplo, pacientes que nunca han sido capaces de mantener unas relaciones buenas y confiables con personas de sexo distinto al que pertenecen sienten deseos de hacerlo, por vez primera, con un terapeuta de tal sexo, con la esperanza de que podrá servirles de puente para aproximarse a las personas pertenecientes al mismo. Pacientes muy competitivos y con fuertes sentimientos de rivalidad, ya sean hombres o mujeres, pueden preferir un terapeuta del otro sexo frente al cual las actitudes de antagonismo y emulación posean menor importancia. También depende de la relación con los progenitores el que algunos pacientes piensen que se encontrarán más cómodos si el terapeuta es un hombre o una mujer. Yo pienso que, en lo posible, deben respetarse estas predilecciones de los pacientes, ya que ello puede facilitar la decisión de iniciar el tratamiento, así como la institución de relación de trabajo a la que más adelante me referiré. Pero no debe caerse en el error de sobreestimar una particularidad cuya máxima importancia, en mi opinión, reside en los comienzos de la relación personal paciente - terapeuta. Una vez el vínculo de trabajo ha sido forjado y el tratamiento se halla en curso, los avatares del mismo y las complejidades de la transferencia restan trascendencia al hecho de que el terapeuta pertenezca a uno u otro sexo. Las mismas consideraciones en cuanto a preferencias, significado, importancia decreciente a medida que el proceso avanza, etc., pueden hacerse en cuanto a la edad del terapeuta.

4.6. Estructuración del acuerdo terapéutico. El marco de trabajo

4.6.1. Objetivos

Una vez el terapeuta y el paciente se hallan de acuerdo en la conveniencia de realizar el tratamiento, es menester perfilar limpiamente los

objetivos que se persiguen y la forma de alcanzarlos. Esto incluye las pautas de relación que entre ambos regirán en adelante, la manera de llevar a cabo las sesiones terapéuticas, la frecuencia de las mismas y la duración, limitada o abierta, del proceso. Todo ello queda incluido en lo que se denomina marco de trabajo. Como ya he dicho antes, aunque este marco de trabajo tiene unos aspectos externos, necesarios para poder trabajar adecuadamente, lo más importante es que uno y otro lo internalicen, de manera que exista un verdadero marco terapéutico interno que impida que la metodología externa se convierta en algo vacío y formulario, y que permita superar los imprevistos y los obstáculos que puedan presentarse en el curso del tratamiento.

Por otra parte, los objetivos de la p. p. son siempre los mismos, es decir, aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, a fin de que pueda utilizar más libremente sus aptitudes y recursos para manejar la realidad que le rodea y satisfacer sus necesidades afectivas, pulsionales y sociales. Sin embargo, como he expresado, la p. p. puede variar mucho en cuanto al nivel de comprensión perseguido y la extensión de las metas a lograr. Aunque generalmente no es posible delimitar antes del comienzo, con exactitud, los resultados que se pretenden conseguir, sí que es posible y conveniente fijarlos de una manera orientativa, deliberadamente flexible y abierta al cambio. Algo resulta indiscutible y es que ha de quedar bien claro, para uno y otro, aquello que se proponen, evitando lanzarse a un diálogo sin rumbo para ver qué es lo que ocurre.

4.6.2. La focalización y la libertad de asociación

Más adelante, expondré las líneas generales de la sesión terapéutica. Ahora quiero, tan sólo, referirme a la disyuntiva de qué ésta sea focalizada o libre. Ante este dilema, la para mí justa solución es la de que en la p. p. la sesión siempre debe ser libre para el paciente y focalizada para el terapeuta. Es decir, el paciente debe tener la posibilidad de expresar, sin trabas, sus pensamientos, sentimientos, sueños, fantasías, etc., pero el terapeuta ha de tener muy claro en su mente aquellas cuestiones, actitudes, formas de comportamiento y sentimientos que le interesa investigar y hacia los cuales enderezar la comprensión del paciente. Desde este punto de vista, cabe decir que todas las sesiones deben ser focalizadas, en mayor o menor medida, de modo que el término libre sirve, tan sólo, como punto de comparación entre un tipo de entrevista en la que el terapeuta pretende centrar la atención y comprensión del paciente dentro de unas áreas muy específicas y concretas de su vida psíquica y de su comportamiento, y otro en el que los límites de aquel material que debe ser iluminado son más amplios y predeterminados en menor cuantía. Por regla general, cuanto mayor conocimiento del funcionamiento mental inconsciente del paciente quiera alcanzarse, más libre será la entrevista y, por el contrario, más focalizada en aquellos tratamientos de ambiciones

más reducidas. Creo que en ningún caso se debe advertir al paciente la conveniencia de centrarse en determinados temas, ya que esto presupone un error teórico y técnico. Teórico, porque ello sería olvidar el principio del encadenamiento de los procesos mentales (determinismo psíquico) y la posibilidad de que las representaciones más diversas se hallen enlazadas entre sí en el inconsciente, de manera que cualquier fenómeno psíquico puede expresarse por asociaciones que, aparentemente, nada tienen que ver con él. Técnico, porque con ello se perdería la oportunidad de dejar que el conflicto que interesa estudiar se manifieste a través de distintos ángulos y perspectivas, para, en definitiva, poder captarlo en su totalidad. Otra cosa es cuando el paciente manifiesta su deseo de concentrar sus palabras sobre un tema determinado. El terapeuta no debe declararse, explícitamente, a favor ni en contra, ya que ello sería tanto como, a partir de aquel momento, imponer al paciente una línea determinada de comunicación. Debe, simplemente, con su actitud, mostrar que el paciente puede encaminar su pensamiento en la dirección que desee.

En ocasiones, se contraponen la focalización de la entrevista con la libre asociación, como si se tratara de dos metodologías opuestas entre sí. Creo que no hay tal antagonismo. Aun cuando el paciente, o el terapeuta, o ambos a la vez, deseen mantener la sesión focalizada en torno a determinadas cuestiones, ello no es óbice para que el paciente asocie libremente, con su atención y su empeño puestos en el tema elegido. La habilidad del terapeuta consistirá en poder entender las conexiones entre el asunto que se desea investigar y las asociaciones libres producidas. Como es natural, estas asociaciones libres tienen también otras múltiples ramificaciones en el inconsciente del paciente, pero la focalización en la p. p. consistirá, precisamente, en escoger, para su más detenida inteligencia y discusión, tan sólo las vinculadas con la materia que en aquel instante interesa dilucidar, dejando que las otras derivaciones queden momentáneamente sofocadas por falta de atención.

4.6.3. Ritmo de trabajo

Tal como yo entiendo la p. p. el ritmo de trabajo ha de oscilar entre una o dos sesiones por semana. Excepcionalmente, puede concebirse una p. p. con tan sólo una sesión quincenal. No es menester insistir en que, por regla general, a un intento de mayor profundización corresponde el ritmo de dos sesiones semanales. Considero totalmente contraindicado el planteamiento de la p. p. con más de dos sesiones semanales. No nos encontramos, como es lógico, frente a una cuestión formal, sino ante un principio técnico. Una frecuencia de más de dos sesiones por semana, especialmente por lo que se refiere a tratamientos de larga duración, da lugar a la aparición de muy enérgicas respuestas transferenciales que exigen las correspondientes interpretaciones, independientemente de la realidad externa en la que se encuentra y con la que se debate el sujeto.

Pero ya he puntualizado que el matiz diferencial de la p. p. frente al psicoanálisis gravita, principalmente, en que en la primera no se intenta conseguir una regresión transferencial. Por otro lado, según mi criterio, el manejo de la transferencia en la p. p. incluye dos contingencias. La una, no interpretarla en absoluto. La otra, interpretarla, pero siempre vinculando el aquí y ahora de la relación transferencial con las situaciones y vicisitudes de la realidad exterior en las que el paciente se halla inmerso. Esta condición, por tanto, es imposible de cumplir cuando la transferencia alcanza cotas de intensidad excesivamente elevadas, con lo cual nos topamos con una doble probabilidad. O bien el terapeuta se adentra en la interpretación lo más completa posible de la transferencia, de manera idónea y ajustada, transformándose entonces la p. p. en un psicoanálisis no planeado y sin el marco adecuado. O bien, si el terapeuta no tiene la aptitud precisa para este tipo de interpretación, se cae en algo confuso y ambiguo que presenta, a la vez, las características de una mala p. p. y las peculiaridades de un pésimo psicoanálisis. Con ello no quiero decir que en momentos de crisis no pueda, transitoriamente, acrecentarse el número de sesiones por semana, retornando siempre al ritmo fijado una vez atenuada la especial dificultad por la que ha atravesado el paciente.

4.6.4. Duración del tratamiento

Dos enfoques se nos presentan frente al interrogante de la duración del tratamiento. En uno de estos enfoques no se fija de antemano la duración, dejando que el devenir del proceso señale a ambos participantes los límites del mismo. En el otro, se programa la duración de la relación en un año, algunos meses o, simplemente, un reducido número de sesiones. En mi opinión, los rasgos y potencialidades propios de la p. p. se despliegan, tan sólo, a lo largo de un período de tiempo relativamente prolongado que yo me atrevo a juzgar como no inferior a un año. Por tanto, si verdaderamente se quiere acometer este tipo de tratamiento ha de contarse con un espacio de tiempo suficientemente amplio y, o bien no determinar el término del mismo, o precisar, como mínimo, este período de tiempo. Juzgo que, en los casos en los que el límite se fija en menos, es mejor utilizar la denominación de psicoterapia abreviada, estimando en ellas unas peculiaridades que las distinguen de la p. p. propiamente dicha. En este volumen, al hablar de p. p. me refiero al tratamiento que se realiza sin un límite definido de tiempo o con una programación de trabajo de un año por lo menos. No me ocuparé, por tanto, de las psicoterapias breves, aunque en el último capítulo me referiré brevemente a la intervención en crisis.

El hecho de dejar abierto el período de duración no significa que el terapeuta no procure evaluar, en cada paciente, el tiempo que cree se requerirá para que éste alcance cierta comprensión de su funcionamiento mental y para que aprenda a utilizar esta comprensión en orden a su

mejor adaptación a la realidad externa. El estilo, la clase, la profundidad y el ritmo de las intervenciones del terapeuta deben guardar siempre proporción con el tiempo de que se disponga. Surge, aquí, una cuestión técnica delicada. En ningún caso debe el terapeuta expresarse de tal forma que el paciente pueda entender que, al finalizar un plazo determinado de tiempo, el tratamiento terminará debido a que todos sus síntomas y dificultades habrán desaparecido. El psicoterapeuta ha de comunicar, tan sólo, que cree conveniente, o posible, trabajar durante tal o cual período de tiempo —ya sea éste determinado con exactitud o indicado únicamente en forma flexible y aproximada— dejando totalmente claro que con ello no se significa, para nada, el grado de evolución o mejoría que el paciente pueda obtener al término del mismo. Lo contrario comportaría, como ya hemos visto en otros detalles técnicos, la fantasía de que si el terapeuta dice que el tratamiento durará dos años, por ejemplo, ello quiere decir que el terapeuta se responsabiliza de que al término de los dos años los problemas del paciente habrán desaparecido, y éste no tiene más que cumplir con los requisitos externos y esperar que la mejoría —sin que verdaderamente haya ninguna voluntad de modificación y comprensión interna— venga por sí sola. Ello también contribuiría a crear una imagen omnipotente del terapeuta. Lo más conveniente —y más ajustado a la realidad— es explicar al paciente que se trata de un tratamiento largo, que deberá durar uno o más años si se prete de apurar al máximo las posibilidades que el mismo puede ofrecer.

Algunos datos pueden ayudarnos a prever, aproximadamente, el tiempo que será necesario para alcanzar, en grado razonable, los objetivos propuestos. Entre éstos podemos señalar:

a) La gravedad de la estructura patológica y del cuadro clínico manifiesto, como, por ejemplo, personalidades esquizofrénicas, paranoides, perversas o con adicción a las drogas, será siempre índice de un tratamiento de largos años de duración. En ocasiones, puede precisarse un tratamiento ininterrumpido.

b) Si lo que pretendemos es incidir sobre los rasgos defensivos o reactivos del carácter y los síntomas neuróticos, podemos presumir que la duración oscilará entre dos a tres años por término medio.

c) Cuando lo que se plantea es ayudar al sujeto a obtener una adaptación mejor a las circunstancias que se le presentan, o a desarrollar mejor sus recursos frente a determinadas condiciones de su medio ambiente, sin que existan síntomas neuróticos ni estructura psicótica, el proceso puede desarrollarse aceptablemente en el curso de uno o dos años.

4.6.5. Responsabilidades del paciente y del terapeuta

En esta fase previa deben quedar perfiladas, con la mayor nitidez posible, las responsabilidades y funciones que corresponden a cada uno de ambos participantes. Las confusiones y ambigüedades originadas en

este período actuarán, más adelante, como obstáculos y distorsiones muy difíciles de salvar.

Debe ofrecerse al paciente una visión general de cuál es la parte que le pertenece en el proceso que va a iniciarse, con un estilo y matices que indudablemente dependen de su personalidad, de sus motivaciones, de sus conocimientos previos y de la clase de resistencias que presenta. Al mismo tiempo, la explicación ha de ser lo suficientemente amplia y flexible para que no sea vivida como un conjunto de normas rígidas que asfixien su espontaneidad y libertad. Debe, tan sólo, incluir los principios básicos que regirán la relación terapéutica. Con las variaciones que se consideren precisas, el terapeuta ha de dar a conocer al paciente que, en la relación que van a iniciar, ambos intentarán una comprensión de algunos de los aspectos inconscientes de su funcionamiento mental y de sus conflictos internos no adecuadamente percibidos, a fin de que este conocimiento pueda ser utilizado para resolver mejor las dificultades, crisis y limitaciones con que se encuentra en su vida. Y que, en este empeño de clarificación, el terapeuta puede actuar como guía o experto, pero que es el propio paciente quien ha de llegar a un mayor conocimiento de sí mismo con la ayuda que se le brinda. Para un paciente que sin duda ha intentado resolver por sí mismo, sin éxito, sus sufrimientos, sus inhibiciones y su tristeza, el anuncio de que es él mismo quien debe enfrentarse de nuevo con sus problemas y llegar al fondo de ellos puede dar lugar a una respuesta de desánimo, frustración y ansiedad, puesto que lo que, evidentemente, espera el que acude al terapeuta es que sea él quien le dé la solución para escapar de sus sufrimientos. Esta respuesta debe ser esperada y atenuada con toda la empatía y disponibilidad posibles. Sin embargo, para evitar reacciones difíciles de manejar, así como una reactivación de las resistencias, en un principio no debe subrayarse demasiado el esfuerzo que el tratamiento supone para el paciente, ni el dolor mental que puede provocar la aproximación a la realidad interna y el descubrimiento del *self* oculto. Una vez establecida la relación de trabajo, a la que me referiré más adelante, el paciente estará más preparado para soportar la penosa tensión que puede conllevar la investigación interna y el contacto con la verdad. Es esencial que el paciente entienda, de alguna manera y con todas las limitaciones y dificultades que puedan darse, que nada puede lograrse sin su participación plena y que el tratamiento tiene, como uno de sus objetivos primordiales, capacitarle para que pueda tomar sus propias determinaciones con mayor libertad de lo que ha venido haciéndolo hasta el momento, y que sería lo más radicalmente opuesto a esta finalidad que el terapeuta intentara, en vano, hacerlo todo por él.

Evidentemente, hay variaciones en la forma con que cada terapeuta plantea al paciente cuáles van a ser sus responsabilidades. Algunos informan con cierto detalle y en estilo pedagógico. Otros presentan al paciente un campo poco configurado y esperan a que el mismo paciente vaya descubriendo la función que le pertenece en el curso del proceso, a fin de

respetar al máximo su libertad y permitir que sus resistencias y fantasías se expresen con toda espontaneidad. Ante estos dos extremos caben todos los grados intermedios. Por mi parte, considero que las explicaciones para que el paciente pueda entender cuál es el papel que le corresponde en el tratamiento han de ser, a la vez, mínimas y suficientes. Juzgo impropio cualquier trabajo u obligación suplementario tal como pedir al paciente que intente recordar sus sueños, o advertirle de que, mientras dure el tratamiento, ha de procurar comunicar todo suceso importante que se presente en su vida, así como que no debe tomar ninguna decisión de interés sin discutirlo primero con el terapeuta, etc.

De una forma implícita, o utilizando la menor cantidad posible de palabras, debe intentarse que el paciente comprenda cuál va a ser la función del terapeuta en el curso del tratamiento. Ya he mencionado antes que uno de los rasgos que más nítidamente deben quedar afirmados en lo que concierne al papel del terapeuta es el de que éste no va a ser el organizador de la vida del paciente, ni va a tomar sobre sí el peso de las determinaciones que a éste corresponden, sino que, en todo momento, respetará escrupulosamente la libertad y la responsabilidad de quien ha solicitado su ayuda. Asimismo, ha de entenderse que el terapeuta no es un hombre o mujer excepcional, ni ofrece soluciones maravillosas para los problemas del paciente. Propone, tan sólo, un trabajo común de investigación de los procesos mentales del paciente que éste no conoce por sí mismo.

Aun cuando el terapeuta acepta toda expresión o comunicación verbal del paciente, no es técnicamente correcto anunciar esta actitud explícitamente. Es menester dejar que el paciente llegue, por su cuenta, a captar esta completa permisividad verbal que caracteriza la relación psicoterapéutica y gracias a la cual puede hablar, sin trabas ni sujeción a normas, de todo asunto que le preocupe, por íntimo, desagradable o vergonzoso que pueda parecer de acuerdo con las reglas sociales al uso. Lo contrario puede dar lugar a que el paciente viva este anuncio como una insinuación de que da lo mismo hablar de una cosa que de otra, confirmando las fantasías de omnipotencia proyectadas en el terapeuta, el cual, de acuerdo con ellas, le libraría de todo sufrimiento sin necesidad de esfuerzo ni comprensión de ninguna clase. O también puede ser vivido como un interés, por parte del terapeuta, de escuchar los secretos más íntimos o las fantasías más morbosas del paciente. Por otra parte, también debe ser transmitido que la permisividad del terapeuta no significa que éste se halle de acuerdo con todo lo que el paciente expresa, confundiendo la disponibilidad para escuchar y comprender con la aprobación incondicional.

4.6.6. Planteamiento de los aspectos formales del tratamiento

Es imprescindible establecer las reglas y pautas formales entre las cuales ha de transcurrir el tratamiento. El tiempo de duración de cada sesión o entrevista ha de quedar estrictamente fijado, no debiendo ser inferior a media hora ni superior a una.

En ocasiones, ha de ser subrayada la naturaleza confidencial de todo lo que el paciente comunique al terapeuta. Pero esta declaración no ha de hacerse de forma rutinaria, sino tan sólo en aquellos casos en los que especiales circunstancias, tales como la posibilidad de que el terapeuta pueda conocer a algún familiar o amigo del paciente, o de que éste haya sido remitido por personas supuestamente interesadas en seguir el curso de los acontecimientos, o de que se sienta particularmente ansioso e inquieto acerca de la probabilidad de que sus confidencias lleguen a ser conocidas por terceras personas, etc., lo aconsejen.

Paciente y terapeuta deben sentarse frente a frente. Soy totalmente contrario a la utilización del diván en la p. p. El uso del diván en el psicoanálisis viene dictado por la necesidad de favorecer una intensa regresión y un notable desarrollo de la transferencia, fenómenos ambos que deben ser estrechamente limitados y controlados en la p. p. Además, en ésta el contacto con la realidad debe ser siempre cuidadosamente conservado, vinculándose con ella la mayor parte de las intervenciones del terapeuta, todo lo cual se ve dificultado por el empleo del diván. Por otro lado, incluso los pacientes de menos nivel cultural asocian la situación del paciente tumbado en el diván y el terapeuta sentado detrás con la técnica psicoanalítica estricta, por lo cual la adopción de este método llevará a confusión cuando no a engaño.

Es menester informar acerca de las interrupciones en el tratamiento que el terapeuta tenga habitualmente previstas, ya sea por vacaciones u otras causas, anunciando que se darán las fechas exactas en el momento en que sea posible. Quiero advertir aquí que siempre es mejor hablar, en términos tales, como suspensión temporal de las sesiones, períodos en que el terapeuta no visita, etc., y no referirse a ello como vacaciones. Creo que hablar de vacaciones es un error técnico por dos razones. En primer lugar, las vacaciones que pueda hacer el terapeuta son un asunto de su vida privada y, por todo lo dicho al hablar de la transferencia, el paciente no debe recibir información de ninguna clase en torno a la vida privada del terapeuta. En segundo lugar, en muchas ocasiones, aun cuando la interrupción temporal del tratamiento sea en la época habitual de vacaciones, tampoco es del todo cierto que el motivo sea «hacer vacaciones», ya que, con mucha frecuencia, estas épocas son utilizadas en gran parte para asistir a congresos y reuniones profesionales, escribir y preparar trabajos y comunicaciones científicas, estudiar, etc. Por tanto, al hablar de vacaciones, además de cometer el error de informar, se informa a menudo falsamente. Es mejor anunciar, escuetamente, que habrá un período sin sesiones, de tal a tal fecha.

Jamás deben tomarse notas durante las entrevistas. Son demasiadas las cosas en las que ha de pensar el terapeuta para que pueda permitirse este derroche. Por otra parte, ello ejerce siempre un efecto sobre el paciente, estimulante en un sentido, inhibitorio en otro, y, provocando un cúmulo de fantasías, enturbia la transparencia que precisa la relación terapéutica.

Cuando el tratamiento se efectúa en un medio privado, el tema de los honorarios debe fijarse con la máxima precisión, especialmente por lo que se refiere a la cuestión de sesiones perdidas por indisposiciones pasajeras o cualquier otra causa, interrupciones en períodos determinados, etc. Dado que hay diversos niveles de p. p., no puedo detallar más a este respecto. Pero la regla básica es la de que todo ha de quedar, en este asunto, inequívocamente definido y especificado. Las ambigüedades se pagan, en este terreno, muy caras a corto y a largo plazo.

A excepción de un escueto saludo, en los momentos de la recepción y la despedida del paciente, toda otra expresión convencional, ya sea de índole puramente formal o de tipo amistoso, ha de quedar por completo suprimida. Los contactos físicos serán cuidadosamente evitados. Si el paciente no asimila la actitud del terapeuta y, de una u otra manera, demanda fórmulas sociales, tales como dar la mano, o espera que el terapeuta le ayude a poner la prenda de ropa que ha sido dejada sobre una silla, etc., es lo mejor explicar con toda franqueza que, dado el carácter peculiar de la relación que ambos sostienen, ésta debe mantenerse dentro de los límites estrictamente imprescindibles y desahogada de todo revestimiento social innecesario. Regalos u obsequios de cualquier clase han de quedar totalmente proscritos. Salvo casos de excepcional urgencia, el terapeuta no ha de mantener ningún contacto con los familiares del paciente.

4.6.7. Algunos escollos que deben evitarse en las entrevistas iniciales

Aun cuando creo que lo expuesto hasta el momento puede dar una noción bastante aproximada de cuál ha de ser la actitud del terapeuta y el estilo que ha de adoptar en su relación con el paciente en las primeras entrevistas, intentaré sintetizar algunos de los errores en que, con frecuencia, puede incurrirse.

a) Es muy posible que el paciente presente argumentos notoriamente equivocados para justificar su conducta, racionalizaciones para preservar su autoimagen, puntos de vista evidentemente distorsionados, criterios personales en desacuerdo con el conocimiento objetivo, etc. Pese a ello, el terapeuta no debe entrar en discusión con este tipo de opiniones y formas de razonar. Basta, en todo caso, con señalarle al paciente que ésta es su forma de ver las cosas.

b) Si el terapeuta, después de escuchar al paciente en las primeras entrevistas, toma la decisión de aconsejarle que inicie un tratamiento

de p. p. es, indudablemente, porque cree que ello puede redundar en su beneficio, y así se lo comunica. Pero debe diferenciarse cuidadosamente entre este informar acerca de que en el tipo de trastornos o molestias que sufre el paciente se halla indicado un tratamiento psicoterapéutico, y el prometer o asegurar una mejoría o resolución de determinados problemas si el paciente se decide a emprender lo que se le propone. Por el contrario, debe quedar bien establecido que la p. p. es una empresa que se llevará a cabo entre los dos, difícil y compleja, sujetas a las múltiples variables que se hallarán en la mente del paciente, y de cuyos resultados nada puede predecirse en cada caso particular.

c) Es lógico que el paciente quiera saber las causas de sus molestias, ansiedades, inhibiciones, síntomas, etc. Pero adentrarse en explicaciones, más o menos especulativas, en torno a los mecanismos psicodinámicos que se hallan en la base del trastorno es pretencioso, inútil y contraproducente, puesto que ello acostumbra al paciente a un tipo de razonamiento intelectualizado, teórico, distante y alejado de la experiencia viva de la situación terapéutica. Éste es también el riesgo que conlleva la llamada interpretación de prueba a que antes me he referido.

d) Todo paciente acude al terapeuta con la esperanza de obtener un diagnóstico que, en su fantasía, utilizará de múltiples maneras: para tranquilizarse, para torturarse, para calmar su ansiedad ante lo desconocido, etc. Ofrecer un diagnóstico es, en cualquier caso, poner en sus manos un arma que usará contra el terapeuta y contra sí mismo, fomentar la intelectualización, predisponer a la expectativa de tecnicismos en detrimento del deseo de auténtica comprensión, etc.

e) Muy frecuentemente, el paciente evita hablar de aspectos de su vida y de sus sentimientos especialmente dolorosos para él. Si el terapeuta no juzga imprescindible su conocimiento en los primeros momentos, debe abstenerse de presionarle para que hable de aquellas cuestiones que elude por sentir las excesivamente penosas o productoras de ansiedad. Más adelante, una vez la relación de trabajo haya sido más firmemente establecida, podrán ser exploradas sin excesivo sufrimiento.

f) En la exposición que el paciente realiza de su vida y andanzas, surgen distintas personas, padres, hijos, cónyuge, compañeros, jefes, etc., de las cuales a veces habla bien y otras mal, y, en otras ocasiones, las responsabiliza de sus males y desgracias. Es indispensable que el terapeuta huya de cualquier actitud o comentario que pueda ser sentido por el paciente como que se halla de acuerdo con las alabanzas o con las críticas y quejas que expresa el paciente. Ningún juicio o comentario, aprobatorio o reprobatario respecto a otra persona debe ser expresado por el terapeuta.

LA FASE MEDIA DEL TRATAMIENTO

5.1. Esquema general de la sesión terapéutica en el curso de la psicoterapia psicoanalítica

Aun cuando cada sesión tiene sus propias peculiaridades, como las tiene cada paciente y cada terapeuta, a mi juicio existen unas pautas generales a las que es necesario ceñirse para obtener el máximo rendimiento de ella. El terapeuta ha de tener en su mente un esquema, flexible y adaptable a las necesidades de cada momento, por el cual tiene que transcurrir el diálogo. Sin él, es más que posible que se produzca un vagar sin rumbo, rozando algunas cuestiones, aludiendo a otras, planteándose algunas preocupaciones, sin que en definitiva el paciente saque nada en claro del material expuesto. Cuando se trabaja con una o, a lo máximo, dos sesiones semanales, las áreas de discusión deben ser cuidadosamente perfiladas. Ello ha de ser así, a fin de evitar que ambos protagonistas se pierdan en imprecisiones que no conducirán más que a una catarsis emocional y a la impresión, por parte del paciente, de sentirse apoyado, escuchado y atendido por el terapeuta, lo cual es valioso, sin duda, pero no es, precisamente, lo que distingue la p. p. de las otras formas de psicoterapia. Expondré, pues, algunos rasgos y pautas esenciales que deben constituirse en la estructura y fundamento de cada entrevista en la psicoterapia psicoanalítica.

5.1.1. La apertura de la sesión

La apertura de la sesión ha de ser totalmente sobria y desprovista de cualquier convencionalismo innecesario. Un breve y conciso saludo bastará. Después de ello, el terapeuta deberá aguardar y esperar a que sea el paciente quien principie el diálogo, aun cuando en ocasiones, por las razones que sean, éste se muestre remiso a hablar y el silencio cree una situación difícil de soportar. Tal como diré más adelante, el paciente lleva

siempre consigo una preocupación y una ansiedad fundamental que marcará el *leit motiv* o melodía fundamental de cada entrevista. Si el terapeuta, empujado por su impaciencia y su propia ansiedad, comienza el diálogo, impedirá que el paciente exprese aquello que espontáneamente y por propia iniciativa hubiera manifestado, obligándole a abandonar su inquietud y sus sentimientos más acuciantes, o la forma con la cual hubiera iniciado la relación, o el estilo peculiar con el que se habría producido en aquel momento. En el nivel de la fantasía, tanto consciente como inconsciente, esta imposición, por parte del terapeuta, de un tema con el cual abrir el diálogo será sentido de múltiples y complejas maneras por el paciente:

- como la prohibición tácita de referirse a aquello que, de una u otra manera, estaba ocupando su mente;
- como el temor del terapeuta a la espontaneidad;
- como la prueba de que aquello que libremente se hubiera manifestado es algo indeseable, vedado o peligroso;
- como la negativa del terapeuta a escucharle;
- como la necesidad, por parte del terapeuta, de ser escuchado;
- como indicio de la ansiedad del terapeuta, y, en este caso, la fantasía coincidirá con la realidad;
- como la señal de que lo que él pueda decir carece de valor;
- como advertencia de que es mejor reprimir y ocultar aquellos conflictos que le preocupan.

Generalmente, aunque en los comienzos del tratamiento muchos pacientes creen que es el experto quien debe indicar el tema de la conversación y guardan un respetuoso silencio en espera de que éste marque el rumbo a seguir, si la conducta del terapeuta es la adecuada pronto se dan cuenta de que son ellos los verdaderos protagonistas de la entrevista y quienes gozan de toda libertad para plantear ésta en los términos que deseen. Al cabo de un tiempo de puesta en marcha del tratamiento, la inmensa mayoría de los pacientes han comprendido las ventajas de este procedimiento y aceptan la misión de inaugurar el diálogo como parte fundamental de su tarea.

Es innegable que algunos pacientes tienen gravísimas dificultades, por la índole de su estructura mental y de sus conflictos, en abordar la conversación por sí mismos, y que, sin ayuda del terapeuta, tal vez permanecerían en silencio durante todo el tiempo disponible. Sin duda, en la p. p. el terapeuta no debe permitir que la sesión transcurra en silencio, y, en estos casos, él será quien ha de pronunciar las primeras palabras. No se trata, aquí, de dar una regla fija acerca de si el terapeuta debe esperar cinco, o diez, o quince minutos o lo que sea antes de comenzar la conversación, ya que ello depende estrechamente de las características peculiares del paciente a quien está tratando. Pero sí quiero señalar dos puntos fundamentales que han de ser tenidos en cuenta. El primero de ellos se refiere a que el hecho de que sea el terapeuta quien rompa el silencio no quiere decir que haya de introducir un tema por sí mismo, ya

que ello obligaría al paciente a seguir por el derrotero marcado y le privaría de desarrollar sus propios pensamientos. Este comienzo del terapeuta ha de venir siempre configurado por su interés en saber qué es lo que está ocurriendo en la mente del paciente, no por su deseo de hablar de un asunto determinado.

Esta primera intervención, por tanto, con los matices diferenciales que en cada caso se juzgue oportuno, se dirigirá a plantear cuestiones acerca de qué es lo que impide al paciente expresar sus pensamientos, qué es lo que le está preocupando, qué clase de temores o inhibiciones está sufriendo en este momento, etc. O bien, el terapeuta puede sugerir que tal vez el paciente esté pensando en tal o cual asunto, o sintiendo este o aquel temor, o desarrollando esta o aquella fantasía. El otro punto a tener en cuenta, íntimamente enlazado con el que acabó de citar es el de que, por el tono y contenido de la intervención, ha de quedar claro que si el terapeuta toma la palabra en primer lugar es, únicamente, debido al silencio del paciente y con el fin de ayudarlo a exponer aquello que ocupa su mente. De esta forma, se intenta que el paciente entienda el papel que le corresponde y lo que se espera de él.

En algunas ocasiones, el terapeuta debe informar acerca de algún aspecto de la realidad, como por ejemplo la fecha de interrupción del tratamiento durante el verano, la necesidad inevitable de suspender o aplazar una sesión, etc. En estos casos, no es conveniente principiar la entrevista con tal tipo de anuncio, ya que con ello se coarta la libertad del paciente y puede desviarse su atención del conflicto básico al que espontáneamente se hubiera referido. Es más conveniente dejar que el paciente comience la sesión y, posteriormente, aprovechar algún silencio o la conclusión de alguna idea para introducir la noticia inexcusable. Tampoco es adecuado dejar este aviso para el final, ya que ello impediría al paciente expresar los sentimientos y fantasías que el mismo puede despertar. Al quedar ocultos, por la finalización de la entrevista, no podrían ser investigados y permanecerían, tal vez, como un cuerpo extraño enquistado por largo tiempo en la trama de las relaciones terapeuta-paciente. Por otro lado, el hecho de no dar oportunidad al paciente, por falta de tiempo, de manifestar su opinión, acuerdo, desacuerdo, etc. con lo que se le ha notificado, presupondría una actitud totalmente autoritaria y de superioridad por parte del terapeuta.

5.1.2. *La comunicación verbal y la comunicación no verbal*

El terapeuta debe adaptar su lenguaje verbal, dentro de los límites que el sentido común imponga, al del paciente, no lo contrario. Es muy frecuente que exista una disparidad en el lenguaje a causa de diferencias notables entre el bagaje cultural, el nivel socio-profesional y la edad del paciente y del terapeuta. En principio, el terapeuta es quien debe acomodar su lenguaje al del paciente. Los modismos, giros del lenguaje y colo-

quialismo han de ser entendidos y utilizados en el sentido que el paciente les atribuye. El empleo de un lenguaje razonablemente similar al del paciente facilita la comprensión entre uno y otro. Lo cual no quiere decir, pongamos por caso, que el terapeuta deba servirse de vocablos notoriamente groseros o incorrectos si el paciente lo hace. Esto aparte, hemos de tener en cuenta que muchos pacientes carecen del nivel de instrucción preciso para la comprensión de ideas psicológicas expresadas de forma excesivamente abstracta o profesional. Es menester el empleo de un lenguaje directamente asequible, sin academicismos ni intelectualizaciones válidos tan sólo para gratificar el narcisismo del terapeuta. En ocasiones, puede ser necesario aclarar el sentido en que, por una u otra parte, se utiliza determinada palabra o fórmula de lenguaje.

Durante la entrevista ha de ser tenida en cuenta, asimismo, la comunicación no verbal del paciente. Éste expresa, a través de ella, aspectos de sí mismo enraizados en lo más profundo de la estructura de su personalidad, sentimientos que pasan desapercibidos a su conciencia y estados mentales que no acierta a describir con palabras. Los rasgos del carácter se manifiestan, en gran medida, de forma no verbal. Aun cuando el terapeuta ha de aceptar la comunicación no verbal del paciente, en sus intervenciones ha de tener en cuenta que en su mayor parte se trata, a diferencia de la comunicación verbal, de una comunicación involuntaria, de una comunicación que escapa al control del sujeto y que va más allá de su deseo de dar al terapeuta determinada información. Por tanto éste, en sus intervenciones debe, en primer lugar y de forma primordial, referirse a lo que el paciente le ha transmitido verbalmente. La comunicación no verbal ha de ser tenida en cuenta para la comprensión global del paciente, pero el terapeuta ha de ser extremadamente cuidadoso en sus decisiones acerca de si ha de referirse o no a ella. Aquello que ha sido puesto de relieve a través de un lenguaje no verbal —gestos, actitudes, mímica, psicomotricidad, vestimenta, etc.— lo ha sido involuntariamente, de forma inadvertida y, por tanto, sin esperar del terapeuta ningún tipo de comentario. Antes ya he dicho, al referirme a las interpretaciones de prueba, que una interpretación no solicitada es sentida, por regla general, como una agresión. Lo propio cabe decir, por tanto, de las intervenciones que se relacionan con el lenguaje no verbal del paciente. Éste no ha pedido al terapeuta, por lo menos de una forma suficientemente explícita, que le explique el significado de su forma peculiar de vestir, de hablar, de gesticular, de andar o de carraspear, rasgos todos ellos que siente como parte integrante de su personalidad, y, consecuentemente, lo más probable es que experimente una dolorosa herida narcisista cada vez que el terapeuta intente ahondar en estas características. Como norma general, por tanto, procurar comprender el estado mental del paciente a través no sólo de la comunicación verbal, sino también de todo lo que el paciente proclama a través de sus actitudes, su expresión facial, su mímica, el tono de su voz, el movimiento de sus manos, etc. Pero ha de tenerse muy presente que, sólo una vez establecida firmemen-

te la relación de trabajo y tras cuidadosa calibración de la susceptibilidad, deseo de conocimiento y capacidad de *insight* del paciente, es técnicamente correcto aventurarse a involucrar esta comunicación no verbal en una intervención.

Lo que he dicho no puede trasladarse, sin más, a la comunicación no verbal del terapeuta. Es indudable que el paciente, en uno u otro nivel de su mente, capta más características del terapeuta de las que éste desearía. Por el tono de voz, estilo de las intervenciones, ritmo de lenguaje, actitudes, etc. percibe del terapeuta mucho más de lo que éste pretende dar a conocer. Esto es inevitable y ningún terapeuta, por preparado que se halle, puede presentar al paciente —ni sería deseable— una máscara imperturbable que no deje traslucir ninguna clase de sentimientos y rasgos. Pero la diferencia radica en que, en este caso, el terapeuta ha de procurar que todo aquello que él desea comunicar al paciente llegue a éste mediante el lenguaje verbal, no mediante gestos, actitudes, mímica o tonos de voz. Estas formas de expresión han de ser, tan sólo, los acompañantes naturales del lenguaje verbal, y no sugerir ni más ni menos que lo que éste dice. El lenguaje no verbal en el terapeuta nunca ha de gozar de autonomía. Cuando es así y habla por sí mismo, nos encontramos frente a un fallo técnico o contratransferencial. La cuidadosa observación de la contratransferencia permitirá al terapeuta estar sobre aviso de los errores que pueden producirse en este sentido, de su significado y de la rectificación precisa. Por otro lado, no hay que olvidar que el paciente aspira muchas veces a conocer del terapeuta más que a conocer de sí mismo. Toda disociación entre lo que el terapeuta dice y lo que da a entender por medio del lenguaje no verbal provoca una nefasta desorientación en el paciente.

5.1.3. La continuidad y secuencia de la comunicación verbal

Una vez el paciente ha iniciado la comunicación verbal, el terapeuta debe facilitar al máximo el desarrollo de ésta con su actitud de respetuosa e interesada escucha. En tanto el paciente despliega sus pensamientos en torno a un tema significativo para su vida, el terapeuta debe abstenerse generalmente de intervenir, a fin de no interrumpir la libre expresión de aquéllos, en espera de que la explanación llegue a un punto nuclear que requiera mayor diálogo. Si antes considera oportuno hacer algún comentario, sin embargo, debe hacerlo de manera que su participación no tuerza el curso de los pensamientos del paciente, sino que, más bien, estimule a continuar el camino emprendido. Si, por el contrario, el paciente se pierde en un tema irrelevante o una multiplicidad de ideas dispersas y sin coherencia ni finalidad aparentes, el terapeuta debe, con su intervención, centrar y dirigir su atención hacia cuestiones de mayor alcance en su vida y estado psíquico. Más adelante volveré a hablar de esto.

Si las pausas y silencios son excesivos, el terapeuta puede añadir co-

mentarios que ayuden al paciente a retomar el curso de sus ideas hasta llegar a la adecuada exposición de una fantasía, estado de ánimo, situación externa de interés, etc. Si el terapeuta no desea, por el momento, realizar una intervención de tipo interpretativo, clarificador o confrontador, ha de limitarse a resumir o sintetizar lo dicho hasta el momento, o realizar alguna pregunta relacionada con las ideas hasta el momento expuestas, a fin de estimular las asociaciones sobre las mismas.

Cuando el paciente cae en un silencio prolongado, el terapeuta debe, en un principio, evaluar en lo posible la significación del mismo. Este tipo de silencio puede indicar una defensa frente a la ansiedad; un ataque dirigido a la relación con el terapeuta o la capacidad de comprensión de éste; un intento de anular al terapeuta al negarle su colaboración; una inhibición frente a la posibilidad de desvelar lo que, hasta aquel momento, permanece oculto en el inconsciente, a fin de evitar el riesgo de topar de lleno con un conflicto doloroso; la demanda de que el terapeuta tome una parte más activa en la interpretación y ofrezca soluciones que no exijan un penoso esfuerzo de investigación y de responsabilización de lo comprendido, etc. En general, y sea cual sea su sentido más inmediato, el silencio debe ser considerado como una manifestación de las resistencias y tratado como tal. Lo que he dicho en relación al manejo técnico del posible silencio del paciente en el momento de comenzar la entrevista, puede aplicarse a los silencios que aparecen, a su vez, en el curso de la misma.

En la p. p. el terapeuta no ha de dejar que transcurran muchos minutos de silencio y, después de un prudente espacio de tiempo, debe interesarse por aquello que está ocupando la mente del paciente y por las dificultades que tiene para expresarlo. Si el silencio, pese a esta actitud, persiste, necesita aventurarse a avanzar sus propias ideas acerca de lo que cree que motivó el silencio y de cuáles son los pensamientos y sentimientos del paciente en aquel momento, o, en otras ocasiones, qué es lo que éste quiere indicar al terapeuta con su falta de comunicación verbal.

Como ya he dicho anteriormente, en la p. p. no es usualmente empleada la libre asociación en sentido amplio e indiscriminado, pero sí la libre asociación alrededor de determinados temas. Aun cuando pueda parecer una contradicción hablar de libre asociación limitada a unos temas determinados yo creo que no hay tal y que la habilidad del terapeuta puede lograr que el paciente asocie libremente, es decir, piense espontáneamente sin sentirse limitado por convencionalismos ni trabas de ninguna especie, con la atención y el deseo de entender puestos en un asunto de su interés o en un conflicto preocupante. Y ello puede lograrse sin que, por otra parte, se produzca una dispersión excesiva de las asociaciones que conduzca la relación más inclinadamente por los derroteros de la neurosis transferencial, ya que, al contrario de lo que ocurre en el psicoanálisis, no es éste el objetivo de la p. p. En muchas ocasiones, sin embargo, en la p. p. se prescinde de la libre asociación, aun en el sentido limitado que acabo de exponer, para centrar la conversación de una ma-

nera estricta alrededor del tema o foco considerado, en aquel momento, de mayor enjundia.

En la p. p., la libre asociación masiva e indiscriminada del paciente se presenta frecuentemente como una manifestación de resistencia. A través de ella, el paciente desvía su propia atención y la del terapeuta de determinados aspectos de su mente, oculta conflictos, intenta atraer y seducir al terapeuta con la aparente imagen de buen paciente que no calla nada de lo que se le ocurre, procura excitarle con la brillantez de sus ideas, se llena la boca a sí mismo y se satisface con sus palabras sin necesidad de escuchar, hace gala de su ingenio, recita sus virtudes con narcisista complacencia, o, empujado por un profundo masoquismo, se recrimina y acusa ferozmente. En estos casos, el terapeuta ha de esforzarse por modificar el tipo de comunicación del paciente, si no quiere que las sesiones se pierdan, una tras otra, en un cúmulo de vaguedades inaprensibles. No se trata, naturalmente, de prohibir al paciente expresarse como lo hace e indicarle que debe centrar su comunicación en tal o cual asunto. Lo pertinente es, sencillamente, señalarle lo que está haciendo y explicarle por qué lo está haciendo. Toda actitud directiva sería contraproducente y reñida con el espíritu de la psicoterapia psicoanalítica.

5.1.4. Delimitación de las áreas de discusión

En lugar del diálogo basado en asociaciones libres indiscriminadas, en la p. p. debe ser utilizado el método de la delimitación de las áreas de discusión, o focalización selectiva. De acuerdo con este método, el terapeuta debe tener presente en su mente las áreas conflictivas del paciente para captar cuál de sus verbalizaciones se relaciona con ellas y poder canalizar el caudal de las comunicaciones en este sentido, circunscribiendo los puntos de discusión.

Si el terapeuta ha mantenido una actitud de respeto a la libertad del paciente desde el comienzo de la entrevista, no interviniendo prematuramente y permitiéndole expresar sin interferencias aquello que en cada momento se halla más presente en su mente, no le será muy difícil darse cuenta de cuáles son sus inquietudes y preocupaciones más inmediatas, es decir, del tema que en cada sesión posee la máxima importancia. Si este tema pasa desapercibido al terapeuta, y lo descuida y substituye por otros, el diálogo resultará estéril. Debe tenerse en cuenta, para ligar lo que estoy diciendo con lo expuesto en el párrafo anterior, que también el paciente, empujado por sus resistencias, intentará descuidar sus ansiedades básicas, mostrándolas sólo de forma negligente y como de pasada, para sumirse en un farrago de «asociaciones libres» carentes, en aquel momento, de auténtico sentido comunicativo y utilizadas, predominantemente, para encubrir sus conflictos fundamentales. No está de más recordar que el interés del paciente por entender es totalmente imprescindible, por más acertadas que sean las explicaciones del terapeuta. Pese

a todas las resistencias que puedan presentarse, el paciente desea entender aquello que constituye el núcleo de su preocupación, de su ansiedad y de su sufrimiento, pero no está interesado ni dispuesto a ocuparse de cualquier asunto que le parezca atractivo al terapeuta, y darle explicaciones sobre aquello por lo que no se interesa no servirá para nada.

De acuerdo con el principio expuesto en el anterior párrafo, el terapeuta debe identificar, en cada momento de la sesión, el punto álgido en el que se depositan la ansiedad, las resistencias y, también, el deseo de saber por parte del paciente. Evidentemente, en muchas ocasiones ello no es fácil. Con frecuencia, como he dicho, las verbalizaciones están al servicio de las resistencias. Por otra parte, pueden presentarse casi simultáneamente distintos temas de significativa importancia para el paciente, o el mismo tema en diferentes niveles de la escala consciente-inconsciente, y el terapeuta deberá escoger entre ellos. Como regla general, en mi opinión debe escogerse el material que produzca mayor ansiedad, aunque me doy cuenta de que es sobradamente más fácil escribir esta formulación que seguirla.

Tal vez una esquemática síntesis puede ayudar a captar más fácilmente aquello que puede estar en la base de las ansiedades y preocupaciones del paciente.

a) Indudablemente, las dificultades y problemas que se presentan en el mundo circundante en que vive el paciente constituyen una parte importante de sus preocupaciones, temores, inhibiciones y ansiedades. Sean cuales sean sus conflictos básicos, el paciente siempre recibe la influencia del mundo que le rodea, ya sea positiva o negativamente. Es de esperar que, en el curso de la sesión, se sentirá impulsado a manifestarse acerca de aquellas circunstancias de su vida real que impiden la satisfacción de sus necesidades, obstaculizan el desarrollo de sus proyectos, frustran sus esperanzas o perturban sus relaciones interpersonales.

b) Los rasgos del carácter intervienen constantemente en la forma como el paciente desarrolla su vida diaria, realiza su trabajo, se relaciona con los otros, intenta alcanzar sus metas y objetivos, se adapta a las exigencias y presiones que la vida le presenta, etc. A través de los rasgos sublimados, a los que me he referido al hablar de las resistencias, el paciente alcanza el cumplimiento de sus necesidades y tendencias, pero los rasgos reactivos o defensivos del carácter actúan como impedimentos para un armonioso, equilibrado y placentero ajuste a las circunstancias ambientales y a las presiones y demandas internas, provocando conductas de tipo masoquista, dependiente, hetero o autoagresivo, fóbico, compulsivo, perfeccionista, etc. El paciente puede percatarse del sentido destructivo que para sus propias capacidades y recursos poseen determinados aspectos de su carácter, al mismo tiempo que, angustiosamente, los percibe como una parte inextricable de sí mismo que sólo con la ayuda del terapeuta puede ser modificada.

c) Otro tema dominante, perteneciente a un nivel más profundo de la comunicación del paciente, es el que está constituido por los derivados

de los conflictos inconscientes más primitivos originados en la primera infancia. Estos conflictos provienen de los diversos estadios del desarrollo infantil —oral pasivo, oral agresivo, sádico, anal, fálico y edípico— y de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, en los cuales no se ha alcanzado el preciso desarrollo de las relaciones de objeto ni el armonioso despliegue del *self*. Se presentan en la conciencia del paciente, pugnando por hallar expresión, en forma de ansiedades, sentimientos de persecución, celos, envidia, odio, inhibiciones, agresividad, rivalidad con el terapeuta, omnipotencia, etc.

El terapeuta deberá seleccionar el material para el diálogo, de acuerdo con lo que crea más urgente para el paciente en cada momento, siempre con la flexibilidad necesaria para trasladar el centro de la discusión de uno a otro nivel en cuanto sea preciso, desde las fantasías y ansiedades provenientes de los conflictos más primitivos, hasta los problemas vinculados a las situaciones actuales de la vida real. En algunos casos, a fin de centrar el diálogo sobre aquel material que el terapeuta cree más perentorio, deberá evitarse la discusión de otros temas que pueden surgir simultáneamente. Por ejemplo, las referencias a las circunstancias externas deberán ser negligidas cuando lo que interesa es tratar algunas fantasías emanadas de los conflictos inconscientes, de la misma manera que éstas habrán de ser dadas de lado cuando sea imprescindible aclarar algunas cuestiones de la vida cotidiana del paciente. Naturalmente, según el tipo y nivel de p. p. que el terapeuta haya decidido llevar a cabo, la selección del material para discusión tendrá lugar desde una distinta perspectiva.

Así como el tema que el terapeuta juzga como dominante y de más apremiante debate debe ser el centro y línea directriz de la entrevista, es, también, imprescindible dirigirlo hacia una meta coherente y fructífera, de acuerdo con la problemática del paciente. Puede suceder, sin embargo, que éste no se sienta en disposición de seguir hacia esta dirección y que intente, por todos los medios, desplazar el acento del diálogo hacia otros asuntos cuya verdadera misión será la de servir de pantalla que oculte aquello que verdaderamente le preocupa. Será misión del terapeuta, sin forzar la actitud del paciente, mostrarle sus ansiedades y temores frente a determinado tema, y sus esfuerzos por encubrirlo con otras cuestiones no significativas en aquel momento, aunque pueden serlo en otro.

En la p. p. podemos establecer una serie sucesiva de metas o finalidades fundamentales que irán sucediéndose progresivamente según avance el curso del proceso. Seguiré para ello la pauta fijada por L. Wolberg (1967):

- a) Establecimiento de la relación de trabajo con el paciente.
- b) Comprensión de los conflictos inconscientes a través de la exploración de las asociaciones verbales, sueños, fantasías y actuaciones dentro y fuera de la sesión terapéutica.
- c) Eliminación de las consecuencias de los conflictos inconscientes,

liberación de las inhibiciones y obtención de un mayor crecimiento del *self* gracias a la adecuada utilización del *insight* adquirido.

d) Desarrollo de la capacidad para la prosecución del diálogo interno sin la relación externa con el terapeuta, con lo cual el tratamiento puede darse por finalizado.

Podemos decir que todo el esfuerzo del terapeuta en cuanto a la selección del material y la clarificación del mismo debe desarrollarse en torno a las metas primordiales en las diversas fases del proceso.

Por otra parte, el área esencial alrededor de la cual se ordenan los esfuerzos de comprensión en la entrevista varía según el nivel en el cual se lleva a cabo el tratamiento. Si se trabaja en un nivel relativamente superficial, la focalización tendrá lugar en torno a las dificultades y adversidades ambientales con los que ha de enfrentarse el paciente, así como sobre los temores, inhibiciones y ansiedades que le incapacitan. En este caso, las finalidades consistirán en lograr una reorganización de los recursos mentales, para poder afrontar los obstáculos y tareas que se presentan de una forma más racional y coherente. Si se pretende trabajar en un nivel de mayor profundidad inconsciente, las finalidades serán las de que el paciente entienda las ansiedades y defensas que distorsionan su funcionamiento mental y su comportamiento, pueda modificar estas vivencias internas a través de la experiencia actual con el terapeuta y, como consecuencia, logre una más satisfactoria adaptación a sus necesidades y a las limitaciones que se oponen a ellas.

El número de ideas y nuevas experiencias que el paciente puede asimilar en una sesión es relativamente limitado. A causa de ello, es impropio pretender ofrecer un gran número de explicaciones e interpretaciones sobre cuestiones diversas. Una vez ha sido detectado el tema dominante, debe ser dirigido hacia el objetivo adecuado, concentrando en ello todos los esfuerzos de comprensión y clarificación que han de tener lugar durante la entrevista.

Ya he dicho previamente que la p. p. no puede aprenderse tan sólo en los libros, sino a través de la propia experiencia y de la asistencia a supervisiones, seminarios clínicos, etc. Por tanto, no pueden darse normas infalibles en cuanto a la selección de los puntos a discutir, ya que ello siempre viene dado por el conjunto de la situación inmediata y de las necesidades predominantes, así como del conflicto que el paciente experimenta como más urgente en cada período de tiempo. Sin embargo, hecha esta salvedad y con todas las precauciones frente al riesgo de inducir en el lector la idea de que la actuación psicoterapéutica pueda resumirse en un conjunto de reglas y prescripciones, me atrevo a exponer el orden de prelación en el que creo que el terapeuta debe seleccionar los temas de discusión.

- a) Actitudes y sentimientos conflictivos y agresivos hacia el terapeuta;
- b) rechazo del tratamiento;
- c) intentos de anular al terapeuta, desvirtuar su función y provocar en

él respuestas inadecuadas, ya sean de tipo autoritario, sexual, agresivo, punitivo, etc.

d) resistencias claramente dirigidas a impedir el reconocimiento de los aspectos inconscientes de los conflictos y dificultades que pesan sobre el paciente;

e) emociones y fantasías comunicadas verbalmente;

f) emociones subyacentes a los pensamientos y fantasías, aun cuando no hayan sido comunicadas directamente;

g) sueños;

h) circunstancias y presiones ambientales que inciden sobre el paciente, así como relaciones interpersonales descritas por éste, a fin de clarificar y diferenciar la realidad de las proyecciones que la desfiguran.

Mientras la conversación del paciente gira alrededor de un área de interés, el terapeuta ha de procurar mantener la continuidad de la comunicación, tal como antes ya he mencionado, ya sea con un silencio estimulante, o con breves reformulaciones y síntesis que le inviten a persistir en el desarrollo de sus pensamientos. Si, por el contrario, se pierde en verbalizaciones que parecen estar al servicio de las resistencias a la comprensión del tema predominante, el terapeuta debe intentar centrar de nuevo su atención en el mismo, ya sea mostrando directamente la maniobra de encubrimiento, ya sea planteando alguna pregunta o confrontación. En ocasiones, si el paciente persiste en alejarse de los asuntos que el terapeuta considera necesario dilucidar, puede decirse con toda sencillez que es necesario preguntarse cuál es la relación entre aquello de lo que él está hablando en aquel momento y la cuestión que parece que con mayor urgencia debe ser aclarada.

5.1.5. El incremento de la comprensión

Toda sesión tiene como finalidad primordial aumentar la comprensión del paciente acerca de sí mismo y de su relación con las circunstancias de su vida. Dentro del esquema general de la sesión en la p. p., por tanto, el ofrecimiento de comprensión al paciente juega un papel de la máxima importancia.

Debe tenerse en cuenta que el mismo proceso de comunicación, aun al margen de lo que posteriormente pueda aportar el terapeuta, ayuda al paciente a tomar conciencia de sentimientos, emociones, deseos, formas de reacción, etc. que hasta aquel momento permanecían vagos e imprecisos, apenas perceptibles, en su interior. En toda comunicación va implícito un esfuerzo por establecer conexiones, vincular entre sí determinados procesos mentales y actos, resaltar lo esencial por encima de lo accesorio, sintetizar, integrar hechos aparentemente distantes, formular ideas, etc., todo lo cual presupone, dentro de los límites que sean, una visión más global y lograda de aquello que se ha intentado transmitir. No me refiero, evidentemente, a la catarsis emocional, que acompaña a la

simple confidencia a otra persona, terapeuta o amigo, de las propias preocupaciones, y cuyo efecto es puramente anecdótico e intrascendente, sino a la reorganización mental que se produce como efecto de la comunicación efectuada con fines de alcanzar un mayor entendimiento de algo que está en el interior del sujeto.

Al mismo tiempo, el terapeuta que escucha la comunicación del paciente, prestando toda su atención no tan sólo a lo que dice, sino al cómo lo dice y al porqué lo dice, observando la actitud, la mímica y los gestos de su interlocutor, va ganando comprensión acerca de lo que sucede en la mente de éste, sus emociones, sus conflictos, sus fantasías, es decir, no sólo de aquello que el paciente conoce de sí mismo y le transmite voluntariamente sino, también, de aquello que escapa a su conciencia y que tan sólo puede dar a conocer de forma indirecta. Y a la vez el terapeuta, tal como he dicho al referirme a la contratransferencia, se escucha y observa a sí mismo para percatarse de aquellos sentimientos que el paciente está promoviendo en su interior, a fin de captar los más sutiles y escondidos mensajes que se ocultan tras la fachada, más visible y aparente, de la comunicación que le está siendo brindada. Fundamentalmente, las intervenciones del terapeuta, en aras de promover la comprensión, pueden dividirse en dos tipos. Unas son aquellas que, como acabamos de ver, tienen como objetivo fundamental estimular la comunicación del paciente y mantenerla dentro de las áreas y temas pertinentes. Las otras intervenciones son aquellas que tienen como finalidad dar a conocer al paciente, a través de la interpretación, aquello que desconoce acerca de sí mismo y de sus procesos inconscientes, o, dicho en otros términos, dar lugar a la aparición del *insight*.

5.1.6. El final de la sesión

La terminación de la sesión debe ser reflejo del clima de trabajo que ha de reinar durante ella. El tiempo disponible para la tarea que paciente y terapeuta realizan ha acabado, y aquella será continuada en la próxima sesión. El terapeuta debe estar siempre atento al transcurrir del tiempo, a fin de adecuar sus intervenciones al mismo. No es conveniente plantear cuestiones complejas ni realizar intervenciones que pueden resultar dolorosas cuando restan pocos minutos para finalizar. Por otro lado, también debe evitarse dar al final de la sesión la tonalidad de asunto concluido, tal como suele hacerse en conversaciones ordinarias o, incluso, en otro tipo de entrevistas psicológicas en las que, de una u otra forma, se intenta que el tema objeto del diálogo quede, por lo menos en apariencia, terminado. En ellas, además, es habitual el intento de abreviar y resumir el asunto del que se está tratando, a medida que se agota el tiempo de que se dispone. Esto es lo que no debe hacerse en la sesión psicoterapéutica. El terapeuta debe permitir al paciente que hable tan relajada y tranquilamente como le plazca, y que se extienda en el asunto que le interesa sin ninguna prisa ni

obligación de acabar con él antes de que la sesión tenga que darse por terminada. El terapeuta ha de escuchar, así mismo, sin ninguna muestra de prisas o impaciencia. En el momento en que se haya llegado al límite del tiempo, cuidando de no interrumpir de forma brusca la exposición de una idea, informará del fin de la sesión y dará ésta por concluida. Si es posible, puede hacer coincidir este acabamiento con una breve intervención. Si es el paciente el que está en el uso de la palabra y es evidente que está expresando un conjunto de pensamientos que aún no han podido ser desarrollados por completo, es más conveniente hacer saber que se es consciente de ésta situación, con alguna frase que indique la necesidad de dejar pendiente, por el momento, un tema de interés para el paciente, pero que existe la posibilidad de reanudarlo en la próxima sesión si éste lo desea. De esta forma se consigue mantener la tensión viva y alerta entre una y otra entrevista.

En lo posible, no debe aceptarse ninguna reanudación del diálogo una vez el terapeuta ha dado la sesión por finalizada y se ha puesto en pie. Si el paciente se muestra remiso en abandonar la consulta y continúa la conversación, es menester advertir suavemente, pero con firmeza, que el tiempo ha terminado y que debe reservar todo cuanto quiera decir para la próxima sesión. Los diálogos a pie firme, como una ampliación de la despedida o como una continuación de la sesión —es difícil decir en cuál de los dos términos deben ser incluidos— escapan al encuadre técnico y suelen jugar malas pasadas al terapeuta.

5.2. El establecimiento de la relación de trabajo

Usaré el término relación de trabajo para referirme a la disposición, por parte del paciente, para colaborar con el terapeuta en el desvelamiento de su inconsciente. Algunos autores utilizan los términos «alianza terapéutica» para el mismo fin, pero, como luego detallaré, lo hacen partiendo de una concepción teórica acerca de los fundamentos de esta disposición distinta a la que yo sostengo, motivo por el cual no será empleado en el curso de mi exposición, a fin de fijar más claramente la diferencia de posiciones.

5.2.1. La relación de trabajo como premisa indispensable del proceso terapéutico

El más exquisito cumplimiento de la metodología y las reglas técnicas de la p. p. y las intervenciones supuestamente más ajustadas no servirán para nada si entre paciente y terapeuta no se ha desarrollado una adecuada relación de trabajo. La base sobre la que se fundamentan las explicaciones y las interpretaciones que el terapeuta ofrece al paciente es la interacción que entre ambos se ha establecido. Desde hace tiempo se

desarrolla, en torno a este punto, una discusión acerca de si el terapeuta cura por lo que es o por lo que dice. Los defensores de la primera actitud consideran que es la presencia del terapeuta, su forma de escuchar, atender, interesarse por el paciente y empatizar con él lo que realmente ejerce un efecto modificador sobre la personalidad de éste, lo que le da el necesario impulso para que pueda manejar sus conflictos internos y adaptarse a las circunstancias de la realidad. Los partidarios de la segunda, entre quienes me incluyo, consideran que el terapeuta ejerce su acción de ayuda por lo que dice al paciente, por las informaciones que le facilita acerca de su funcionamiento mental, por el conocimiento que le proporciona acerca de su inconsciente. Ahora bien, esta segunda postura no excluye la primera, sino que la completa y le da su verdadero sentido. Aquello que el terapeuta es y la forma como se relaciona con el paciente se ponen de manifiesto, precisamente, a través de sus palabras, en sus intervenciones verbales. Por el contrario, sin estas palabras no llegaría nunca a expresarse de forma comprensible su forma de ser y su actitud para con el paciente.

Volveré sobre este punto más adelante, cuando me refiera más estrictamente a la interpretación. Mediante sus palabras y la correspondiente actitud que las acompaña, el terapeuta intenta promover en el paciente una disposición idónea para la fundamentación de una relación destinada al trabajo en común. Si esta relación no se obtiene, es evidente que nada o muy poco podrá hacerse, y lo único que, tal vez, se logrará será que el paciente aprenda teóricamente, y sin una vivencia profunda y transformadora, las teorías con las que el terapeuta intenta explicarle su comportamiento y sus síntomas. El establecimiento de este tipo de relación entre uno y otro constituye una cuestión muy compleja y, hasta cierto punto, inefable. No es tarea fácil decidir por qué entre un terapeuta y un paciente se ha establecido una buena relación de trabajo, y por qué entre el mismo terapeuta y otro paciente tal relación no ha llegado a formarse. De todas maneras, en el siguiente apartado, «Transferencia y relación de trabajo», intentaré profundizar en el estudio de en qué cosa consiste la relación de trabajo, sus fundamentos teóricos y su relación con el fenómeno de la transferencia. En el presente apartado me ocuparé de los aspectos técnicos conducentes al establecimiento de esta relación.

5.2.2. Las demandas del paciente y la relación de trabajo

No cabe duda de que, para fundar una apropiada relación de trabajo, es menester captar con la mejor exactitud posible las demandas del paciente, a fin de darles la respuesta más adecuada. Naturalmente que por respuesta adecuada no debe entenderse satisfacerlas sin más. Por el contrario, este conocimiento ha de servir, más bien, para no quedar prendido en ellas a través de la contraidentificación proyectiva y jugar, inconscientemente, el papel que el paciente quiere atribuir al terapeuta, en cuyo

caso todo avance quedaría por completo bloqueado. Ya antes me he referido a ellas. Intentaré ahora darles el significado que les corresponde frente a la necesidad de establecer una relación de trabajo.

a) Demanda de comprensión

Al acudir en busca de ayuda, el paciente lo hace impulsado por el deseo de obtener una comprensión de lo desconocido que siente actuar en él y que le provoca ansiedad, síntomas perturbadores o un comportamiento lesivo o doloroso para sí mismo. En uno u otro rincón de su mente anida la esperanza de que el conocimiento de lo que ocurre en su interior contribuirá a poner en orden su mente y su vida, y logrará la desaparición de sus sufrimientos. Ésta es, naturalmente, la demanda a la que ha de atender el terapeuta, y, de una u otra forma, ha de esforzarse en transmitir al paciente su disponibilidad para atenderla. Ahora bien, una de las maneras de atenderla pasa por no quedar prendido en las redes de otra clase de demandas en las que se le solicita que represente otro tipo de papeles distinto del de comprender y dar comprensión, la cual es la única y exclusiva función que le corresponde. Si el terapeuta logra transmitir al paciente su aptitud para este cometido, así como su capacidad para permanecer libre de otras demandas inapropiadas, podemos predecir que se halla asegurada una ajustada relación de trabajo.

b) Demanda de dependencia

De una forma más o menos solapada, la demanda de dependencia se halla en la mayor parte de los pacientes. Su ansiedad, sus sufrimientos, su incapacidad para entenderse a sí mismos y, en muchas ocasiones, entender el mundo que les rodea, les lleva a esperar que el terapeuta les mantenga en un estado de dependencia y sumisión a través del cual se vean libres de cualquier responsabilidad y confortados con la promesa de que todos sus problemas se verán resueltos. Si el terapeuta aceptara esta petición, perpetuaría en el paciente un estado de infantilismo inmodificable. Sin embargo, no basta con el rechazo de tal solicitud. En cada momento, el terapeuta ha de procurar calibrar los recursos mentales del paciente, para conocer cuánta autonomía e independencia puede esperarse de él y, por tanto, qué tipo de explicaciones es capaz de aceptar y comprender, y hasta qué punto puede trasladar la comprensión adquirida en el tratamiento a las circunstancias de su vida cotidiana.

c) Demanda de aceptación total

Los sentimientos de culpa, las autoacusaciones conscientes e inconscientes, la existencia de un superyó sádico e implacable y, en muchas ocasiones, los conflictos con quienes le rodean, dan lugar a la fantasía de hallar en el terapeuta alguien cuya aceptación será inquebrantable, que será un fiel aliado, que hallará justificados todos los razonamientos y que, en una palabra, hará suyas todas las dificultades y disipará toda culpa. Éste es, como tantos en la p. p., un asunto en el que hay que hilar muy fino. Ciertamente, el terapeuta deberá aceptar al paciente en su totalidad, sin rechazos, sin condenas ni juicios de valor y sin intentar suplantar con las propias las ideologías, escalas de valores y convicciones de éste. Si no es capaz de aceptarlo, por los motivos que sea, si se siente excesivamente incómodo con él, si despierta su irritación o agresividad, etc., no debe tomarlo en tratamiento. Sean cuales sean los actos del paciente, el terapeuta no se constituye en juez ni manifiesta ninguna clase de desaprobación, sino que, cuidadosamente fiel a su función, trata de comprender y ofrecer esta comprensión. Ahora bien, esto no significa que el terapeuta apruebe incondicionalmente toda la conducta o deseos del paciente. Ni aprueba ni desaprueba, escucha y procura entender. No se suma a aquellos que el paciente siente como sus perseguidores, acusadores o adversarios, pero tampoco toma partido en contra de ellos. Intenta conocer hasta lo más hondo los conflictos del paciente, pero no participa de ellos. Ésta es la actitud que el terapeuta ha de procurar transmitir frente a las demandas de aceptación incondicional. Y ésta es la actitud que tranquilizará al paciente y le inspirará la suficiente confianza como para sentirse dispuesto a colaborar en el establecimiento de la relación de trabajo.

Debe quedar bien entendido que cualquier intento de atraerse al paciente poniéndose de su lado frente a las personas que, real o supuestamente, le hostigan y perjudican, mostrándose de acuerdo con su comportamiento y asintiendo a sus razones perjudicará gravemente, o hará imposible para siempre, la verdadera relación de trabajo. En estos casos, el paciente no hallará en el terapeuta un interlocutor válido con el cual confrontar su vida mental y con el cual estatuir una vinculación sólida, fiable y al abrigo de sus ansiedades, impulsos y fantasías, sino que sentirá que encuentra en el terapeuta aspectos de su propio *self*, sus propios temores, odios, deseos; en suma, un representante externo de los conflictos propios. La momentánea —y, en cierta forma, aparente— satisfacción y el agradecimiento por el apoyo y amistad absolutos que el terapeuta parece ofrecerle se desvanecerán en pocos días, substituidos por la frustración y el sentimiento de culpa provocados por el aniquilamiento de la verdadera función del terapeuta y la posibilidad de comprensión. En estas condiciones, el terapeuta no podrá realizar va ninguna intervención válida para el *insight* y deberá limitarse a una psicoterapia sugestiva o de apoyo, o bien remitir al paciente a otro profesional.

d) Demanda de ser liberado de todos los sufrimientos y conflictos

El paciente acude al tratamiento para obtener alivio de sus perturbadores síntomas y poder lograr una mayor adaptación a la realidad. Sin embargo, para la consecución de una adecuada relación de trabajo es menester que llegue a adoptar una actitud más amplia y ambiciosa. Si tan sólo desea un alivio de sus molestias y dificultades ni tan sólo esto alcanzará, ni, desde luego, llegará a desarrollarse el proceso propio de la p. p. Para ello, es menester que tome conciencia de que el incremento de su salud mental y la disminución de sus frustraciones pasa por un aumento de la comprensión de su realidad interna y su funcionamiento psíquico. La relación de trabajo se halla, esencialmente, fundamentada en este acuerdo mutuo, y tanto las primeras entrevistas como las fases iniciales del tratamiento deben hallarse predominantemente dirigidas al logro del mismo. Las intervenciones y la actitud del terapeuta han de infundir en el paciente el deseo de saber, de conocer acerca de sí mismo, de entender su situación mental, y sobre este deseo ha de tomar cuerpo la disposición a desarrollar entre los dos una labor de investigación en torno al propio mundo interno.

e) Demanda de una relación fundada en la sinceridad y la mutua colaboración.

En todos los seres humanos, sea cual sea la gravedad de su trastorno, anida el deseo de mantener una vinculación humana basada en la sinceridad, la confianza y la recíproca colaboración. En muchas ocasiones, este anhelo se presenta, en el comienzo del tratamiento, como la fantasía de que, por fin, se ha hallado en el terapeuta un amigo seguro e inquebrantable que compensará de todos los engaños y penalidades que se han experimentado en el trato con los seres humanos. Naturalmente, el terapeuta deberá mostrar al paciente, no explícitamente sino con su actitud y sus intervenciones, que su papel no es el de un amigo, sino el de un profesional dispuesto a ofrecer toda la ayuda posible a través de su preparación personal y de sus conocimientos técnicos. Pero debe aprovechar esta demanda del paciente para ponerla al servicio de una relación de trabajo fundada en la honestidad, la búsqueda de la verdad y la cooperación.

5.2.3. *Las imágenes proyectadas en el terapeuta*

A las demandas del paciente corresponden, en su mente, diversas imágenes del terapeuta de las que espera satisfagan aquéllas. Mediante la identificación proyectiva, el paciente tratará de forzar determinadas actitudes y fantasías en el terapeuta. También, como antes he dicho, solicita de él la ayuda adecuada para la comprensión de sí mismo que precisa. El

terapeuta debe, gracias a su formación, discriminar entre las demandas del paciente idóneas para la formación de la relación de trabajo, y los intentos para imponerle determinados papeles opuestos a ésta. Si responde, a través de la contraidentificación proyectiva, aceptando los papeles que el paciente trata de imponerle para satisfacer demandas distintas de la de la investigación de su realidad interna, la relación de trabajo no llegará a desplegarse.

Aun cuando son muy variadas las imágenes y papeles que el paciente proyecta en el terapeuta, pueden esquematizarse las más frecuentes entre ellas.

a) El terapeuta como una autoridad benévola

En este tipo de imagen, el terapeuta recibe los atributos propios de una figura autoritaria amorosa y protectora. Alguien en quien se puede confiar plenamente y de quien se espera que, con su capacidad tomará las medidas necesarias para la resolución de todas las dificultades.

b) La idealización de la figura del terapeuta

Toda idealización representa la negación y destrucción de la verdadera personalidad de aquel a quien se idealiza. Las cualidades y aptitudes que puede poseer son anuladas, bajo el disfraz de los falsos y grandiosos poderes y capacidades que le son exigidos. Al mismo tiempo, la idealización del terapeuta comporta que no le es reconocida ninguna limitación, ningún derecho, ninguna necesidad. Aquel sobre quien se acumula tanta grandiosidad ha de conceder, a cambio, todo lo que se le pide, ha de estar continuamente disponible y en situación de dar, y ha de resolver, mágicamente, todas las molestias e impedimentos que puedan presentarse. Como, por otra parte, es tan poderoso, nada hay que darle, ni precisa ninguna correspondencia ni gratitud. A la vez, toda debilidad y limitación le son prohibidas. Por su parte, el paciente cree no tener ninguna responsabilidad ni compromiso, ni debe soportar tristeza o dolor en modo alguno, sino que piensa ha de serle suficiente con esperar a que tan colosal terapeuta le transmita toda su fuerza. Como consecuencia, el incumplimiento, por parte del terapeuta, de este papel de proveedor inagotable es vivido como un fracaso estruendoso y pretexto para toda clase de reproches, ataques y resentimientos. No es difícil apreciar toda la carga de agresividad y malevolencia que se esconde tras este aparente ensalzamiento de alguien a quien se convierte en un suministrador mecanizado y a quien nada se le concede.

El terapeuta debe estar avisado del peligro de que el paciente estimule su narcisismo —siempre latente y al acecho en todo ser humano— para inducirle a aceptar esta imagen idealizada que se le asigna. Para evitarlo,

debe adecuarse muy estrictamente a su tarea de comprender y explicar la situación mental, alejándose, cuidadosamente, de todo intento de inculcar en el paciente sus propios valores, opiniones, puntos de vista, etc., acerca de lo que aquél le comunica de su comportamiento, o en relación a cualquier otro asunto. Desde el primer momento ha de quedar bien claro que en el proceso terapéutico no cabe la consideración de que el terapeuta sea superior al paciente, ni que sus opiniones, juicios, ideología, comportamiento, etc. sean mejores que los de éste. Indudablemente, tampoco es cuestión de hacer una apología del igualitarismo a ultranza. Es posible que el paciente posea, en algunos aspectos, cualidades que el terapeuta no tenga, y lo propio puede ocurrirle a éste. Pero lo que ha de quedar bien entendido es que ésta no es la cuestión que interesa. No se pretende ventilar quién es mejor o más sabio o más juicioso entre los dos. El asunto es, tan sólo, que alguien necesita ayuda para comprenderse a sí mismo y de esta forma mejorar su estado psíquico y su capacidad para conducir su vida de la forma que crea más conveniente, y que acude a un profesional especializado en el conocimiento de la vida psíquica inconsciente, para que éste le explique lo que necesita saber. Y esto no quiere decir que uno sea más ni el otro sea menos. Lo único que falta añadir es que, para poder realizar su trabajo, el terapeuta ha de gozar de un grado suficiente de salud mental sin la cual no se hallaría capacitado para ayudar a otros a mejorar la suya. Ciertamente que, en este aspecto, puede hallarse en una condición superior a la del paciente, pero esto no es ningún mérito especial, sino que forma parte inherente de su profesión. El narcisismo del paciente hace que esta cuestión se convierta en un punto esencial del trabajo terapéutico, y uno de los que más cuidadosamente deben ser dilucidados para la buena marcha de la relación de trabajo.

El funcionamiento mental del terapeuta, su aptitud para entender, su disponibilidad para hacerse cargo de las necesidades del paciente y ofrecerle la comprensión que precisa provocan en éste —a nivel inconsciente fundamentalmente, aunque a veces también a nivel consciente— una herida narcisista y una dolorosa envidia. Esto hace que el hecho de requerir ayuda y depender del terapeuta para ella sea vivido como algo penosamente intolerable, que empequeñece, que debilita, que es insufriblemente humillante. Frente a estos sentimientos, el paciente utiliza distintos recursos y mecanismos de defensa —ya me he referido anteriormente a ello al hablar de la envidia— y uno de ellos es la idealización, de la que me estoy ocupando ahora. La idealización atenúa el sufrimiento producido por la envidia. El terapeuta, idealizado, es colocado en un plano tan distante, tan grandioso, tan sobrehumano, que no es posible sentir envidia de él, ya que prácticamente deja de existir como persona real, como alguien con quien se pueda competir. Al mismo tiempo, tras la idealización se agazapan la agresividad y el odio. La idealización no reconoce al terapeuta su verdadera función, sus capacidades para pensar y explicar, sino que le asigna unos poderes y propiedades inigualables, en

virtud de los cuales está obligado a proveer, de forma inagotable, todo lo que se le pide, resolver todas las dificultades, asumir toda la responsabilidad, etc. sin derecho a reconocimiento ni gratitud alguno. El fallo en alcanzar estos cumplimientos es, entonces, sentido como justificación para toda clase de ataques y desprecios.

Es indudable que el narcisismo del terapeuta pueda verse afectado por la trampa que le tiende el paciente al atribuirle todo cúmulo de perfecciones y posibilidades. Si acepta investirse del papel idealizado que se le destina, la relación entre ambos se desarrollará sobre unas bases falsas e improductivas. El paciente proyectará sobre el terapeuta una imagen grandiosa y omnipotente, de la cual esperará, a su vez, que le transmita tal grandiosidad y magnificencia sin necesidad de ningún esfuerzo mental ni comprensión. El terapeuta, gratificado en su narcisismo, restará incapacitado para ver lo que realmente sucede, y quedarán ambos prendidos en el estéril intercambio de una pareja idealizada que se estimula mutuamente. El establecimiento de la relación de trabajo pasa por la evitación de estos escollos.

c) El terapeuta como una imagen paterna

El terapeuta recibe la proyección de sentimientos y fantasías que, en su momento, fueron dirigidos hacia los padres. Ya he hablado de esto en el apartado correspondiente a la transferencia. Pero quiero referirme, ahora, a aquel tipo de fantasías, menos profundamente inconscientes o casi conscientes, a través de las cuales el paciente espera que el terapeuta se comportará con él de la misma forma que sus padres se comportaron —según piensa— en su momento. De acuerdo con estas expectativas, adoptará un determinado tipo de actitudes y defensas frente al terapeuta, llegando, en ocasiones, a provocar la aparición de determinadas situaciones equivalentes a las que él vivió en su niñez con sus padres y que dieron lugar a unas respuestas, deseadas o temidas, por parte de ellos. Algunos autores consideran que el terapeuta debe aceptar el papel que el paciente le adscribe, pero desplegando un comportamiento distinto al que, en su momento, exhibió el progenitor y que resultó nocivo para el niño, lo cual conduce a lo que ha sido llamado la «experiencia correctiva» (Alexander, F. y French, T., 1946). Por mi parte, considero que, para una adecuada relación de trabajo, lo único que realmente importa es que el terapeuta perciba las proyecciones que el paciente realiza sobre él, a fin de no quedar atrapado en ellas. No debe esforzarse en responder como los padres ni de distinta manera a la de ellos. Debe seguir siendo él mismo y, simplemente, explicar al paciente lo que está ocurriendo, ya sea su deseo de que lo trate como lo trataron los padres o, a la inversa, de ser tratado de forma distinta. Esta actitud le permitirá entrar en una relación nueva, de tipo adulto, aun cuando en ella se dialogue acerca de los elementos infantiles que existen en su mente.

d) El terapeuta como alguien confiable y de quien se espera ayuda

En la mayor parte de los casos, afortunadamente, también el paciente otorga al terapeuta la imagen de alguien en quien confiar y con quien colaborar para lograr un cambio favorable en su situación psíquica. En mi opinión, si acude al tratamiento, venciendo los obstáculos, internos y externos, que siempre se oponen a ello es porque, de una forma más o menos vigorosa o limitada, existe esta imagen del terapeuta en su mente. Como ya he dicho anteriormente, al hablar del primer encuentro entre el paciente y el terapeuta, esta imagen siempre ha tenido vida en el interior del paciente como resultado de sus experiencias con un primer objeto del que ha recibido, en alguna medida, vida, alimento, protección y amor, y al cual ha amado. La relación de trabajo idónea para el proceso terapéutico se desarrollará sobre la base de esta primera vinculación con el objeto sentido como bueno.

5.2.4. *Medidas para la estructuración de la relación de trabajo*

5.2.4.1. La utilización de la contratransferencia

Ya he señalado antes que ningún terapeuta es capaz de hacerse cargo de todo tipo de pacientes, y que todos deben, honestamente, reconocerlo así. Pero cuando un terapeuta decide tomar en tratamiento a un paciente es porque considerará que con él podrá configurar una favorable relación de trabajo. Naturalmente, toda su actitud, su trato y sus intervenciones tienen, entre otras finalidades, la de estimular esta relación idónea. A la vez, su preparación personal, a través de su propio psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica, tiene como finalidad, en gran parte, que sus problemas emocionales no impidan y distorsionen la relación con el paciente sino que, por el contrario, pueda ser capaz de aprovechar los movimientos emocionales que éste provoca en él para lograr una mayor comprensión de la comunicación que se le dirige. Todo lo que he expuesto en torno a la contratransferencia debe ser tenido en cuenta aquí. Consideraré, ahora, algunos puntos esenciales con un intento eminentemente práctico y ajustado a la técnica de la relación con el paciente.

Téngase en cuenta que ciertos problemas específicos de la personalidad del terapeuta pueden obstaculizar la organización de la relación con el paciente. Por ejemplo, la ansiedad frente a la violencia y la agresión llega a hacer imposible para un terapeuta responsabilizarse de un paciente con tendencia a desplegar actitudes abiertamente hostiles y a presentar explosiones coléricas. Tal vez un paciente especialmente centrado en preocupaciones hipocondríacas, resultará intratable para un terapeuta angustiado a causa de importantes problemas de salud. O bien, un terapeuta que siente una fuerte animadversión por una determinada ideología política, social o religiosa puede sentirse incapaz de actuar con la

necesaria objetividad, neutralidad y simpatía frente a un paciente que sostenga tal ideología.

Si las emociones que el terapeuta experimenta hacia el paciente —y no hay ningún terapeuta que no experimente emociones hacia sus pacientes— pasan desapercibidas para él, no son sospeadas y calibradas en su justo valor, dañarán, en alguna medida, las relaciones entre ambos. El aburrimiento, la irritación, el temor, el deseo de proteger, etc., pueden ser muy directamente provocados por el comportamiento y las comunicaciones del paciente, o surgir, predominantemente, de los conflictos inconscientes del terapeuta. Este debe, por tanto, estar siempre alerta, escuchando al paciente y escuchándose a sí mismo, para indagar la causa de los sentimientos, deseos o fantasías que aparecen cuando se halla frente al paciente. Como ya he señalado al hablar de la contratransferencia, inducir en el terapeuta determinados sentimientos es una forma de comunicación por parte del paciente, aun cuando también es una forma de controlar, agredir y anular su funcionamiento al servicio de la resistencia. Por tanto, es menester discriminar lo que hay de comunicación colaboradora y lo que hay de obstaculización al trabajo terapéutico en los sentimientos que, de una u otra forma, el comportamiento global del paciente origina en el terapeuta. Al mismo tiempo, éste ha de diferenciar, dentro de su respuesta total, aquellos sentimientos que son específicamente provocados por la comunicación del paciente, de aquellos que pertenecen a su propia idiosincrasia, a su forma personal de reaccionar, a sus propias fantasías inconscientes. Digamos, para entender más claramente este último punto, que es evidente que un paciente no despertaría en todos los terapeutas los mismos sentimientos. Todo este esfuerzo de discernimiento es imprescindible, tanto para la comprensión del mensaje que el paciente transmite, como para que los sentimientos del terapeuta no estorben el avance de la relación de trabajo.

5.2.4.2. La disponibilidad para la comprensión

En el momento de acudir a las primeras entrevistas, y aun después de iniciado el tratamiento, el paciente tiene una idea borrosa y poco configurada acerca de cuáles son, verdaderamente, sus problemas y dificultades. Las proyecciones al mundo externo de los conflictos inconscientes, la ansiedad, la actuación de los mecanismos de defensa, los intentos fallidos por resolver sus sufrimientos e inhibiciones, etc., dan lugar a que su verdadera situación, tanto en lo externo como en lo interno, se le aparezca distorsionada, imprecisa y, en ocasiones, muy alejada de una auténtica visión real de la misma. Pese a que el terapeuta ha de cuidar mucho de no presentarse a sí mismo como infalible o más juicioso que el paciente, sí ha de mostrar que su abordaje profesional, su experiencia y su preparación técnica le permiten tener una perspectiva de los hechos más exacta, objetiva y precisa de la que puedan poseer el paciente u otras personas —ami-

gos, familiares, médicos, etc.— a quienes puede haberse confiado. Para ello, las intervenciones del terapeuta han de centrarse, principalmente, en la síntesis, la confrontación, la clarificación y la interpretación, como forma de eludir las contradicciones, las negaciones, los puntos ciegos, los temores no adecuados a la realidad, la selección perceptiva, las proyecciones y racionalizaciones, etc. que desfiguran la situación y la hacen más inabordable e imposible de resolver. Si el terapeuta organiza las molestias, síntomas, inhibiciones y dificultades en un todo conjuntado y relacionado entre sí, perfilando, en lo posible, la extensión del problema y, a la vez, las áreas o zonas de buen funcionamiento de que dispone el paciente, éste se sentirá tranquilizado, por un lado, y más motivado a emprender un trabajo que le ayude a mejorar el estado de las cosas, por otro.

5.2.4.3. El interés por el paciente

Cuando al hablar de las primeras entrevistas me he referido a la metodología general de la p. p. —derivada de la propia del psicoanálisis— ya he señalado que la misma se inspira, fundamentalmente, en el respeto a la personalidad y a la libertad del paciente. No volveré a repetir aquí las consideraciones ya expuestas, pero quiero subrayar que el riguroso cumplimiento de tal metodología patentiza con suficiente holgura al paciente el interés y el respeto que el terapeuta siente hacia él como persona, y le pone a salvo del temor de ser tratado de manera impersonal y deshumanizada. Naturalmente, este interés y respeto hacia el paciente no ha de consistir en una mera posición teórica o en una enfática «declaración de principios», sino que ha de traducirse en los mil y un detalles de la práctica cotidiana. El ajuste estricto a los horarios concertados, ya que el terapeuta no tiene derecho a hacer esperar al paciente ni un solo minuto, pese a que los inevitables fallos humanos conducen a veces a ello; la exquisita atención a las palabras del paciente; el esfuerzo por recordar todos los detalles de la comunicación de éste; el miramiento en ofrecer las intervenciones no como una imposición, sino como algo que puede ser aceptado o rechazado; la aptitud para ser blanco de la hostilidad, la agresividad o las explosiones emocionales de cualquier índole sin responder de la misma forma; el encubrimiento de la propia privacidad personal a fin de no perturbar con interferencias innecesarias el libre desarrollo del pensamiento, etc. son pruebas de consideración e interés que el paciente sabe captar perfectamente. No es menester decir que semejante actitud por parte del terapeuta impedirá la presencia de cualquier muestra de desatención, tal como olvidar comunicaciones importantes para el paciente, tomar en broma algo de lo que le diga, distraerse, interrumpir la sesión por llamadas telefónicas o algo similar, mostrar irritación o aburrimiento, tratar de imponer las propias ideas y opiniones, discutir, culpabilizarle por la falta de éxito del tratamiento, etc.

5.2.4.4. Ofrecimiento de tolerancia y aceptación

Al hablar de la transferencia ha quedado ya puesto en evidencia que todo paciente proyecta en el terapeuta necesidades, emociones y demandas infantiles y ello, en parte, a causa de que la especial metodología de la relación terapéutica reactiva los conflictos inconscientes y debilita la represión. Frente a ello, el terapeuta debe poner de manifiesto la más flexible tolerancia y la más amplia comprensión, evitando absolutamente cualquier reproche o juicio moral. El paciente ha de sentir que es tratado como un adulto en todo momento, pese a que en su relación con el terapeuta necesite poner en juego emociones y reivindicaciones infantiles, las cuales son aceptadas temporalmente por el terapeuta, a fin de que pueda alcanzar a desplegar una expresión más madura de sus sentimientos.

Ante los sentimientos e impulsos envidiosos, hostiles y agresivos del paciente, el terapeuta ha de responder con una tolerancia que no signifique ni condena ni perdón; ni un oponerse a ellos ni un estar de acuerdo con ellos; sino una aceptación del derecho del paciente a expresarse libremente y a ser como es. La contención de sus sentimientos, por parte del terapeuta, ha de ser total, sean cuales sean las provocaciones e incitaciones del paciente. En ningún caso debe responder a la hostilidad con hostilidad, al desprecio con desprecio, a los intentos de seducción sexual con reprobación, etc., pero tampoco caer en la actitud opuesta y exhibir un talante falsamente protector, o de total acuerdo y conformidad con cualquier cosa que exponga y haga el paciente. No debe manifestar impaciencia o desagrado por la posible ineptitud de éste para observarse y comunicar verbalmente el fruto de su observación, organizar su pensamiento o darse cuenta de sus sentimientos. Y ha de dejar muy bien sentado que, para él, los problemas, inhibiciones o dificultades de cualquier clase que el paciente sufre no son faltas, fallos ni deficiencias personales.

No cabe duda que el paciente se sentirá movido a una relación de trabajo con el terapeuta en la medida en que lo sienta como tolerante y mesurado, ni impositivo ni complaciente, firme en su papel y capaz de soportar todas las ansiedades y explosiones emocionales que puedan presentarse.

Una de las formas de poner de relieve la aceptación del paciente descansa en la actitud ante las resistencias. Estas deben ser interpretadas, mostrando el significado de las mismas y su naturaleza de oposición al avance terapéutico. Pero, al mismo tiempo, no han de ser combatidas con ninguna clase de argumentos ni ha de convertirse al paciente en el culpable de la falta de progresos a causa de ellas. Mientras el paciente no vea las cosas de otra manera, está en todo su derecho en continuar manteniéndolas, ya que, con ellas, se defiende de la ansiedad y el dolor mental que le amenaza desde su interior y que sólo un adecuado *insight* podría evitarle. Si, por las circunstancias que sean, no puede alcanzarse esta nueva visión

interna, no debe responsabilizarse de ello, y, evidentemente, es natural que siga con sus resistencias.

5.2.4.5. Neutralidad

La neutralidad se pondrá de manifiesto si, al tratar acerca de cualquier sentimiento o conducta, el terapeuta permanece muy consciente de que sus juicios y opiniones acerca de cualquier asunto de interés humano no son mejores ni peores que los del paciente, ni tienen por qué prevalecer sobre los de éste. Con esta idea bien firme en la mente, desaparecerá cualquier asomo de crítica, condena, aprobación, asentimiento o rechazo, para dar paso, tan sólo, al intento de comprender y explicar. Este reconocimiento del derecho que tiene el paciente a sostener sus propias opiniones, incluso en los casos en los que la evidencia parece mostrar que éstas le llevan al fracaso, le ayuda a darse cuenta de que su vínculo con el terapeuta es una verdadera relación de trabajo, en la que cada uno desempeña la función que le corresponde y aporta lo que existe en su interior. Así mismo, las determinaciones que el paciente tome durante el curso del tratamiento han de ser recibidas por el terapeuta como una comunicación más que debe ser comprendida en su significado, pero sin que haya ningún intento, por su parte, de inmiscuirse en la puesta en práctica de ellas. Si considera que representan un obstáculo para el tratamiento han de ser estudiadas y aclaradas como resistencias, pero, como he dicho antes, otorgando al paciente el derecho a obrar de acuerdo con su criterio. Lo mismo es válido para la decisión de continuar o no el tratamiento. Éste debe llevarse a cabo siempre sobre la base de que responde a la libre voluntad del paciente, y así debe hacerse entender a éste. Toda demanda de interrupción debe ser tratada, igualmente, como una resistencia si el estado actual de la situación terapéutica así lo indicara, pero sin que ello conduzca nunca a una apología a favor de la continuidad del tratamiento, ni a intentos de imponer un principio de autoridad en tal sentido.

5.2.4.6. Empatía

Entiendo por empatía la capacidad de sentir con el otro, de sentir lo que el otro siente. Pero no debe confundirse esta capacidad de empatía con la participación emocional, con un despliegue de los mismos sentimientos. En la empatía se trata de entender lo que el otro nos comunica, dejando resonar en nosotros las vivencias emocionales que él quiere transmitirnos, lo cual no debe confundirse con el hecho de que nosotros mismos tengamos estas vivencias. Un sencillo ejemplo puede ayudar a aclarar la cuestión. Si un paciente explica que está triste, para captar cuál es su estado de ánimo el terapeuta recurrirá a su propia experiencia acerca de la tristeza y, de esta forma, puede hacerse cargo de qué es lo que está

sintiendo el paciente en aquel momento. Si jamás hubiéramos estado tristes, nos sería imposible conocer qué es lo que está sintiendo el que nos habla de su tristeza. La capacidad de empatía del terapeuta le permite entender, en cada momento, los sentimientos y deseos que el paciente le describe, ya que puede dejar que ellos resuenen parcialmente en su interior, lo cual no quiere decir que él experimente de forma completa los mismos estados emocionales. Entiende la tristeza del paciente, pero no se siente triste como él. Al transmitir al paciente su capacidad de empatía, éste se siente comprendido y acompañado en lo que, hasta el momento, puede haber sido una insoportable soledad. E. Torras (1986) piensa que la empatía depende de la identificación proyectiva que, según ella, es el mecanismo básico de la comunicación humana. De acuerdo con esta tesis, la empatía se produce cuando los objetos internos proyectados en el analista reactivan en él sus propios objetos internos concordantes con los del paciente. Cree que la sensibilidad y la intuición del analista son necesarias para este proceso.

La comunicación al paciente de esta aptitud para la empatía se logra a través de diversos procedimientos tales como la verbalización clara y precisa de estados de ánimo que él puede percibir tan sólo de forma confusa; el reconocimiento de sus conflictos conscientes y las actitudes que él siente como contradictorias; la formulación comprensible de los sentimientos que puede sentir hacia el propio terapeuta y que sólo acierta a manifestar vagamente; la sencilla expresión de que el terapeuta se hace cargo de ciertos estados mentales que el paciente intenta, tal vez con esfuerzo, hacerle llegar, etc. La empatía se halla en el extremo opuesto del distanciamiento y la frialdad con las que, en ocasiones, se confunden la neutralidad de la relación profesional y la necesidad de guardar el anonimato. Esta actitud tecnicada y desprovista de todo calor humano hierde la sensibilidad del paciente y le hace experimentar al terapeuta como alguien alejado e inasequible, que nunca llegará a entenderle.

Es frecuente que se hable acerca de la necesidad de tranquilizar o apoyar al paciente en los momentos de crisis, como si en ellos el terapeuta debiera abandonar, temporalmente, su actitud dirigida a proporcionar comprensión, y utilizar otras pautas de tipo más amistoso, convencional, directivo y de apoyo. En mi opinión, es evidente que es necesario infundir tranquilidad y confianza al paciente en los períodos de crisis, pero creo que esta medida no pasa en la p. p. por el abandono de la función del terapeuta tal como la he descrito hasta ahora. La empatía no debe confundirse —como increíblemente sugieren algunos autores (Bellak, L., y Faithorn, P., 1981)— con actuaciones del terapeuta dirigiendo la vida del paciente o interfiriendo en ella, ni con el ofrecimiento de un trato de amistad y compañerismo. Las intervenciones adecuadas serán las que mejor ayudarán al paciente a soportar las crisis emocionales o de la realidad externa que, por las circunstancias que sea, pueden presentarse. Por el contrario, el abandono de su papel por parte del terapeuta casi inevitablemente produce en el paciente un aumento de la ansiedad y una

pérdida de la confianza en la posibilidad de ser ayudado. Ello es porque si el paciente percibe que a causa de sus temores, ansiedades, impulsos incontrolables, ideas de suicidio, etc., el terapeuta renuncia a su función para convertirse en un pretendido amigo, un psiquiatra, una autoridad que ha de dirigir su vida o alguien que se ofrece a resolver sus dificultades por su cuenta, pidiéndole que deje de preocuparse y ponga en él toda su confianza, entonces experimenta, con terror, que ha destruido la única posibilidad de una ayuda específica basada en la comprensión de sí mismo. Siente que ha introducido en el terapeuta su propia perturbación emocional y que, en lugar de hallar en éste una respuesta diferenciada que le permita la clarificación de su estado mental, tan sólo encuentra aspectos de su propio *self*, de manera que, como en un eco burlón, en las palabras y actitudes del terapeuta se percibe a sí mismo. No es necesario insistir mucho en los sentimientos de culpa que esto provoca, por un lado, y en las fantasías de omnipotencia destructiva y controladora que se desencadenan, por otro.

5.3. Transferencia y relación de trabajo

5.3.1. La relación de trabajo como especialización de la transferencia

La cuestión de las similitudes y las diferencias entre transferencia y relación de trabajo es sumamente compleja y, a la vez, representa un enclave crucial en la teoría y la técnica psicoanalíticas, así como en la aplicación de éstas a la psicoterapia. Creo conveniente, por tanto, dedicar a este tema una suficiente atención, ya que sólo su conocimiento nos permitirá entender los verdaderos fundamentos de la relación de trabajo y, en consecuencia, ello nos conducirá a un acrecentamiento de nuestra capacidad técnica para desarrollar dicha relación.

Es de todo punto evidente que para que el proceso terapéutico, psicoanalítico o psicoterapéutico, sea posible, ha de existir algún deseo de colaboración por parte del paciente. Nadie puede ser tratado con estas técnicas en contra de su voluntad y en ausencia de un mínimo deseo de colaboración.

Ahora bien, las dificultades comienzan cuando se intenta teorizar acerca de qué cosa es esta relación que permite al paciente cooperar con el terapeuta, en contra de sus propias resistencias que le protegen del dolor mental consecutivo al desvelamiento de sus conflictos inconscientes. La respuesta a esta pregunta pone de relieve la existencia de dos distintas posiciones teóricas, con respecto a esta cuestión, dentro del pensamiento psicoanalítico. Intentaré, a continuación, entrar en ellas.

Aquellos autores que se apoyan fundamentalmente en la corriente de pensamiento denominada «psicología del yo» denominan con el nombre de «alianza terapéutica» o «de trabajo» la relación que establece el analizado con el analista para colaborar con él (Zetzel, E., 1956; Friedman, L.,

1969; Bribing, E., 1934; Sterba, R.F., 1934; Greenson, R., 1967; Stone, L., 1967; etc.).

Estos autores ponen especialmente de relieve el papel central del yo, admitiendo la existencia de una disociación (*splitting*) terapéutica entre un yo sintiente y un yo observante, así como una identificación con el terapeuta como un rasgo esencial de la relación que tiene lugar entre el terapeuta y el yo «sano» del paciente, en la cual no interviene para nada el superyó. Así se establece, de acuerdo con este punto de vista, una radical diferenciación entre la transferencia propiamente dicha o neurosis transferencial, necesaria para el análisis, y otro tipo de relación analista-paciente, no transferencial, denominada alianza terapéutica. Para Greenson, esta alianza de trabajo surge de la situación analítica, de la misma manera que el yo razonable del paciente, su yo observador, se separa del yo de la experiencia. Considera que las intervenciones del analista separan las actitudes de trabajo de los fenómenos transferenciales profundos, de la misma manera que discriminan el yo razonable del yo irracional. Piensa que los pacientes que no pueden aislar un yo razonable y observador no pueden mantener tal alianza de trabajo.

Técnicamente, esta orientación teórica que subraya especialmente el papel del yo conlleva el predominio del análisis de las defensas desde la superficie hacia la profundidad, considerando que el material más temprano en la situación analítica deriva de los procesos defensivos más bien que del desplazamiento sobre el analista de las primeras fantasías. Siguiendo esta línea, las interpretaciones transferenciales profundas en la primera parte del análisis se consideran ya sea totalmente incomprensibles para el paciente —dado que su significado inconsciente le es totalmente inaccesible— o, si las defensas son precarias, causantes de una prematura e intolerable ansiedad. Así mismo, desde esta perspectiva son indeseables e inefectivas las intervenciones precoces de los procesos defensivos, inconscientes y automáticos por medio de los cuales las fantasías pulsionales permanecen fuera de la conciencia. Sin embargo, se juzga que el análisis de las defensas debe preceder siempre al análisis del contenido (Zetzel, E., 1956).

J. Sandler (1969) cree que la alianza de tratamiento se encuentra basada en los deseos, conscientes e inconscientes, del paciente de cooperar, así como en su disposición para aceptar la ayuda del terapeuta y superar sus dificultades internas. Esto, cree, no es lo mismo que someterse al tratamiento únicamente con la esperanza de obtener alguna forma de gratificación. En la alianza de tratamiento o terapéutica existe una aceptación de la necesidad de investigar los problemas internos y realizar un trabajo analítico frente a las resistencias externas e internas.

Otro enfoque teórico y técnico, iniciado con las investigaciones de Melanie Klein, es el que se basa en la importancia fundamental de las primeras relaciones objetales, juzgando la transferencia como una reproducción de las mismas, aunque éstas se presenten distorsionadas por la amplia variedad de defensas utilizadas contra las ansiedades paranoides y

depresivas. Pese a que este enfoque tiene en cuenta, así mismo, el papel central del yo, considera que las modificaciones favorables en el funcionamiento de éste durante el tratamiento son el resultado de los cambios en las relaciones objetales, gracias a las interpretaciones de la transferencia. Como ya he dicho anteriormente, la transferencia impregna profundamente todas las relaciones entre paciente y terapeuta, incluso aquellas que, originariamente, se fundamentan en la realidad externa, y esto nos autoriza a afirmar que el progreso terapéutico en el psicoanálisis es obtenido, básicamente, a través de las interpretaciones transferenciales (Segal, H., 1962). Así, pues, desde esta forma de entender el proceso del tratamiento no se contempla la existencia de una alianza terapéutica, previa e indispensable, como algo distinto a la relación transferencial (Meltzer, D., 1967). De acuerdo con estas ideas, la madurez preanalítica del yo no se juzga imprescindible para el análisis, y tanto los niños como los pacientes con el yo muy afectado pueden ser sujetos de él.

Intentaré, ahora, exponer esta cuestión tal como yo la concibo, buscando, además, su forma de aplicación a la psicoterapia psicoanalítica.

Quien primero se ocupó de la existencia de una parte del paciente que coopera con el terapeuta en el tratamiento fue Freud en su trabajo *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), aun cuando él no le asignó ningún nombre en particular. En este trabajo, se pregunta Freud cómo es posible que la transferencia sea, al mismo tiempo, una resistencia que se opone al descubrimiento del inconsciente y que se halla al servicio de la perpetuación de los síntomas, el más válido instrumento de que dispone el terapeuta en su afán investigador, y aquello que más fuertemente motiva al paciente a colaborar en el descubrimiento de lo reprimido. La respuesta que nos da Freud es la de que la transferencia se halla compuesta por dos distintas clases de elementos, de los cuales unos interfieren en la cooperación del paciente, actuando como una resistencia, mientras que los otros le inducen a esforzarse en cooperar con el terapeuta. Los aspectos no cooperativos se hallan constituidos por elementos agresivos y negativos. La parte colaboradora de la transferencia está formada por los sentimientos positivos hacia el analista. Sin embargo, esta respuesta continúa dejando en el aire una serie de interrogantes; uno de los cuales, en correspondencia con la paradoja técnica que acabo de exponer, es la siguiente paradoja teórica: el analista usa la transferencia para conseguir sus propósitos de descubrir el inconsciente y para obtener la colaboración del paciente y, al mismo tiempo, ha de esforzarse en disolver este instrumento que actúa, por otro lado, como una resistencia a sus fines. Es decir, si la transferencia, a un tiempo, ayuda y obstaculiza, el terapeuta debe contar con ella para la efectividad de su trabajo y, a la vez, la ha de destruir (Friedman, L., 1969). Si tenemos en cuenta que la transferencia es la repetición, en el terapeuta, de los deseos y sentimientos infantiles que fueron dirigidos hacia los primeros objetos, nos encontramos con el problema de saber por qué el paciente se alía cooperativamente con quien no tiene como objetivo satisfacer estos deseos, sino, por el contrario,

frustrarlos y transformarlos en otros deseos y sentimientos de tipo adulto.

Lo dicho en el párrafo anterior pone de relieve que el terapeuta tiene que mover al paciente, sin titubeos, en la dirección contraria en la que la transferencia le impulsa a marchar, ya que la finalidad de ella es repetir indefinidamente la situación infantil y lograr la satisfacción de los impulsos a ella adscritos. Pero es, por cierto, a través de la transferencia como el terapeuta logra sus fines, que son los de conseguir que el paciente modifique sus pautas de relación con sus objetos internos y, a partir de aquí, con el mundo que le rodea. Pero si esto puede alcanzarse es porque en la transferencia, de acuerdo con lo que Freud ya indicó en el citado trabajo sobre ella, se reproducen no sólo los sentimientos hostiles y negativos, sino también afectos de amor, confianza y gratitud que fueron experimentados en las primeras relaciones objetales. Si recordamos todo lo dicho en el apartado destinado al estudio de las relaciones objetales, no será difícil darnos cuenta de que, para explicarnos la aptitud por parte del paciente para colaborar con el terapeuta no es necesario recurrir a un tipo de fenómenos mentales distintos de la transferencia, ya que tal aptitud es la repetición, en la figura de éste, de los sentimientos de amor y los deseos de reparación que fueron dirigidos hacia el objeto sentido como bueno y merecedor de ser correspondido. La relación de trabajo es, por tanto, también un sentimiento transferencial, como todos los sentimientos y fantasías que en el curso del tratamiento se dirigen hacia el terapeuta. Si ya he dicho que las reacciones transferenciales impregnan cualquier relación que los seres humanos sostienen a lo largo de su vida, mal podríamos pensar que en el proceso terapéutico existe un tipo de relación ajena a la transferencia. La transferencia se manifiesta en forma de fenómenos regresivos, resistencias y toda clase de sentimientos y pulsiones en torno al terapeuta. Y, entre éstos, el amor, el reconocimiento, la gratitud y la posibilidad de identificación introyectiva que capacitan al paciente para estructurar una adecuada relación de trabajo. Esto último es tan transferencial como la hostilidad y los impulsos destructivos.

Ahora bien, lo que sí creo es que, en el transcurso del tratamiento, este aspecto de la transferencia que se manifiesta como la actitud de colaboración con el terapeuta por parte del paciente, para formar con él una relación de trabajo, va especializándose progresivamente, adquiriendo unas peculiaridades y características que la distinguen de otros elementos transferenciales, lo cual no es extraño, puesto que toda función estimulada y persistente da siempre, a la larga, lugar a especialización. Todo lo que he dicho en los puntos correspondientes al apartado 5.2 puede quedar entendido como un conjunto de consideraciones técnicas destinadas a lograr el incremento e idoneidad de esta especialización de la transferencia.

Además, el hecho de que la relación de trabajo que establece el paciente sea parte de su respuesta transferencial frente al analista permite comprender mejor la paradoja que antes he expuesto: que el terapeuta se

sirva de la transferencia para sus fines de desvelar el inconsciente y dar al paciente la posibilidad de modificar el estilo de sus relaciones objetales y que, a la vez, entre estos fines se halle incluida la disolución de la transferencia, y ello es porque de lo que se trata es de que el paciente recuerde, tome conciencia, se haga cargo de sus experiencias, reconozca aspectos de sí mismo, perciba sus conflictos internos, etc., en lugar de repetir ciegamente las mismas pautas infantiles de relación, estériles y paralizadoras. Ya he dicho que el análisis de la transferencia es la espada mágica que permite al terapeuta comprender, y hacer comprender, aquello que ocurrió en la infancia en el interior del paciente y que ha impedido el despliegue adecuado de su mente. La reedición de estas experiencias relacionales en la vinculación con el terapeuta da lugar a que ellas puedan ser vividas, elaboradas y modificadas de forma más acorde con la realidad. Pero la empuñadura de esta espada mágica, aquello que permite al terapeuta manejarla y utilizarla acertadamente en lugar de herirse con el filo de la hoja, es esta parte diferenciada de la transferencia que da lugar a la formación de una relación especial que he denominado relación de trabajo. Así, la transferencia, en cuanto repetición compulsiva sin posibilidad de resolución, es vencida por la transferencia en cuanto afecto, reconocimiento y confianza como reproducción de las relaciones con el buen objeto interiorizado. Gracias a ello, la repetición es substituida por la comprensión.

Por lo que acabo de decir es por lo que juzgo, pues, errónea la concepción de la llamada alianza terapéutica como un tipo de relación no transferencial. Las relaciones de tipo real, consciente y racional con el analista, motivadas por el deseo de curación, nunca podrían triunfar sobre la implacable compulsión de repetición, sobre la ansiedad atemorizadora y aterradorante de los conflictos infantiles no resueltos. Es necesario utilizar una parte de esta misma fuerza que revive inagotablemente en el interior del paciente. Aquella que se halla libidinalmente enlazada con el primer objeto. Lo contrario también es cierto. Si no llega a desarrollarse este aspecto especializado de la transferencia con la suficiente intensidad como para funcionar como una relación de trabajo con el terapeuta, las posibilidades del tratamiento, ya sea psicoanálisis o p. p., no pasarán nunca de ser las de un simple aconsejamiento de tipo intelectual, mezclado con algunas gotas de sugestión y una dosis, más o menos fuerte, de identificación mimética.

Como es natural, los sentimientos y actitudes de tipo más consciente, realista, fundamentados en el deseo adulto de alcanzar un mejor estado psíquico y una más cabal solución a los propios problemas, han de ser considerados como una útil y necesaria ayuda para el proceso del tratamiento, y el terapeuta ha de esforzarse en fomentarlos, al mismo tiempo que también procura canalizar, a su favor, aquellos aspectos positivos de la transferencia que han de formar el núcleo diamantino de la relación de trabajo. En el precedente apartado ya me he ocupado de las pautas técnicas para ello. Sin embargo, la relación de trabajo, tal como yo la vengo

exponiendo, no debe asimilarse al simple deseo del paciente de sentirse mejor. Aun cuando, como acabo de decir, este deseo contribuye a la formación de tal relación, también puede llevar consigo expectativas maravillosas e irrealizables en relación al tratamiento. La fragilidad de la aparente y espúrea relación de trabajo fundada en este deseo, es ampliamente puesta de relieve por todos aquellos casos en los que el paciente abandona el tratamiento tan pronto como aparecen algunos ligeros vestigios de mejoría sintomática, sin mostrar ninguna clase de interés en la comprensión de su estado psíquico, ni por alcanzar un mayor crecimiento mental. En otras ocasiones, el abandono del tratamiento se produce en cuanto el paciente percibe que éste le obliga a enfrentar ansiedades dolorosas, a descubrir sentimientos y fantasías que lesionan su autoestima y a soportar heridas narcisistas. Ciertamente que, con frecuencia, es difícil diferenciar, especialmente en los comienzos del tratamiento, entre los impulsos positivos dirigidos hacia el terapeuta que incluyen el deseo consciente de mejoría, por un lado, y el establecimiento de una verdadera relación de trabajo, por otro. Yo creo que es la disponibilidad, por parte del paciente, para soportar el sufrimiento mental originado por el acercamiento a lo más íntimo de sí mismo, su afán por conocer y la manera como elabora y utiliza aquello que se le explica lo que permite perfilar la existencia de una verdadera relación de trabajo, como figura que resalta con luz propia en el fondo complejo y abigarrado de la totalidad del estado psíquico.

Quiero, ahora, referirme a dos actitudes erróneas que pueden, y con frecuencia lo hacen, obstaculizar el nacimiento y fortalecimiento de la relación de trabajo. Creo que estas actitudes derivan de la aplicación rígida y defensiva de dos consejos prácticos dados por Freud en relación a la técnica psicoanalítica: el concepto del analista-espejo y la regla de abstinencia. Freud aconsejó al psicoanalista ser como un espejo para el paciente, es decir, limitarse a reflejar los impulsos y sentimientos que el paciente proyecta en él, sin revelar nada de su propia personalidad. El analista, en sus intervenciones y en todo su comportamiento, debe permanecer oculto en su peculiaridad personal, a fin de no reflejar al paciente más que el significado inconsciente de aquello que él expresa. Las preferencias, valores e ideologías personales del terapeuta no deben contar para nada en sus intervenciones. Es, sin duda, esta neutralidad inmutable la que sirve de soporte al analista para que el paciente sea capaz de percibir lo distorsionado e irreal de sus fantasías hacia él. Por otra parte, este anonimato del analista es lo que permite discriminar lo que hay de real y lo que hay de transferencial en las fantasías del paciente.

Así mismo, Freud insistió en la necesidad de que el proceso analítico se desarrollara en una atmósfera de abstinencia. Esta regla enunciada por Freud tiene como finalidad evitar que el paciente encuentre en la relación terapéutica un grado de gratificación suficiente para obstaculizar un desarrollo amplio de la transferencia, la regresión y los deseos de curación. Al establecerse la transferencia, el paciente busca obtener en el analista,

como representante del primer objeto la satisfacción de aquellos impulsos infantiles no evolucionados, por su enfrentamiento con el superyó, y generadores de ansiedad en el momento presente. Si el analista permite una relación que gratifique, de alguna forma, estos inconscientes impulsos insatisfechos, todo el proceso quedará detenido y el paciente no hará sino esforzarse en permanecer en una situación de placer transferencial. Las satisfacciones transferenciales de cualquier índole que no son suficientemente aclaradas y disueltas impiden el desarrollo de la transferencia en toda su amplitud, fijan al paciente en un tipo determinado de relación y le substraen toda motivación para seguir investigando. Así, por ejemplo, el terapeuta excesivamente afectuoso y franco con su paciente inducirá en éste una actitud transferencial positiva y de absoluta sumisión. Por otra parte, el terapeuta severo y duro con su paciente puede desencadenar en él una respuesta sadomasoquista intensa. Otras gratificaciones transferenciales pueden provenir del deseo inconsciente del terapeuta de seducir al paciente con sus teorías, de ser su guía idealizado, o su consejero en los diversos asuntos de su vida, etc. Pero, al mismo tiempo, la regla de abstinencia exageradamente aplicada puede impedir el necesario desarrollo de la relación de trabajo. Si bien la frustración constituye una condición indispensable para el desarrollo de la transferencia regresiva, un exceso de frustración puede dar lugar a una ausencia de la relación de trabajo y a una satisfacción sadomasoquista que conduzca a un tratamiento interminable. Por tanto, una de las tareas técnicas del terapeuta estriba en reconciliar estas dos exigencias contradictorias, simultáneas y esencialmente opuestas. Es decir, la faena de proteger, a la vez, el desenvolvimiento de la transferencia y el de la relación de trabajo. Para favorecer el análisis de la transferencia ha de preservarse su privacidad y una actitud no gratificante de los deseos inconscientes del paciente. Para posibilitar el crecimiento de la relación de trabajo, debe mantener una actitud cordial, humana y de respeto a la individualidad y libertad del paciente.

Estas dos reglas prácticas, la del analista como espejo y la de la regla de abstinencia, trasladadas a la p. p. son, con frecuencia, aplicadas de una forma rígida e indiscriminada con notorio perjuicio para la promoción de la relación de trabajo, tal como, por otra parte, también puede ocurrir en el psicoanálisis. Conducen a muchos psicoterapeutas a adoptar una actitud distante, fría, autoritaria y punitiva hacia sus pacientes, y sus intervenciones adquieren —evidentemente sin que ellos se lo propongan— una tonalidad acusatoria, recriminadora y culpabilizadora. En estos casos, o el paciente abandona el tratamiento, o se adapta a este tipo de relación y acude a las sesiones a confesar sus faltas y expiar su culpa bajo las, para él, duras y condenatorias palabras del terapeuta. Debe tenerse muy presente que estas advertencias de Freud tienen como finalidad favorecer la relación terapéutica, no convertirla en algo áspero y desagradable para el paciente. La imagen del espejo es una forma de indicar que el terapeuta no debe imponer sus propias ideologías y opiniones genera-

les, sino que ha de limitarse a entender y explicar aquello que ocurre en el mundo interno del paciente, sin que ello signifique que deba adoptar una actitud rígida, fría, inhumana e inasequible. La regla de abstinencia no sugiere que el tratamiento deba convertirse en desagradable e inhóspito para el paciente sino, simplemente, que no ha de hallar en él la satisfacción y cumplimiento de sus impulsos reprimidos, a fin de que no quede detenido en tal satisfacción y deje de esforzarse en seguir avanzando.

Todo lo expuesto en estos últimos párrafos pone de relieve con cuánta esmero debe cuidarse el trato que se dispensa al paciente en la p. p. En algunos aspectos puede resultar más dificultoso, incluso, acertar el justo equilibrio en la relación psicoterapéutica que en la psicoanalítica dado que en ésta, por la propia metodología y por el hecho de que todas las intervenciones del terapeuta son, casi exclusivamente, interpretaciones transferenciales, la situación permanece más alejada de lo que podría ser un marco convencional.

5.3.2. *La asimetría de la relación terapéutica*

No debe olvidarse que, por regla general, el paciente que acude en demanda de ayuda psíquica siente esta petición como sinónimo de fracaso, como reconocimiento humillante de que no es capaz de resolver por sí mismo sus problemas personales o su vida, de manera muy distinta a cómo experimenta su situación el paciente que acude a un médico porque, pongamos por caso, le duele una rodilla, sin que pretenda negar con esto todas las implicaciones emocionales de las enfermedades somáticas. Debido a ello, muestra una fuerte tendencia a juzgarse internamente como culpable e inepto, pese a que, en un nivel más periférico, intente responsabilizar a los otros o al destino de todos sus contratiempos, en un esfuerzo desesperado por mitigar la herida narcisista que le supone el reconocimiento de su situación. A causa de tal situación, el terapeuta ha de tener mucho cuidado en no acrecentar estos sentimientos de minusvalía y depreciación. Por el contrario, ha de transmitirle todo el respeto y la consideración que le merece, así como su derecho a afirmarse en sus propias opiniones, ideas y valores intentando, siempre, evitar tanto la aparición de una actitud del sometimiento masoquista, como una relación de constante enfrentamiento reactivamente originada en el temor de sentirse considerado como un ser débil e inferior. Es evidente que la relación terapéutica es asimétrica, en el sentido de que el terapeuta impone unas condiciones determinadas de trabajo, una forma especial de vinculación y una comunicación parcial y unilateral, en la que se supone que el paciente expresará sus preocupaciones más recónditas, los aspectos más íntimos de su pensamiento y los detalles más dolorosos de su vida, sin obtener una reciprocidad idéntica de su interlocutor. El terapeuta se limita a escuchar, comprender e intentar hacer comprender la situación psíquica del paciente, pero sin abandonar nunca su actitud profesional,

guardando celosamente todo lo que se refiere a su vida personal. Esto, en sí mismo, es ya difícil de soportar para el paciente, pero si además se le trata como a alguien a quien se juzga inmaduro, sin capacidad para decidir y pensar por sí mismo, en definitiva, como a un niño, será mucho pedir que colabore de manera adulta y responsable y que obtenga de la relación terapéutica un crecimiento mental y una más madura adaptación a las circunstancias de su vida. Todo lo que he dicho en el apartado destinado a las primeras entrevistas, en cuanto al respeto a la dignidad y a la libertad del paciente, halla aquí su máxima aplicación.

También la relación de trabajo puede evolucionar desfavorablemente y transformarse en una resistencia. Lo que, en un principio, era una actitud de colaboración, un sincero esfuerzo por observar, comunicar y entender la respuesta consecutiva a la comunicación —los tres pilares básicos de la relación de trabajo— proporciona, por lo menos en la fantasía del paciente, el amor y el reconocimiento del terapeuta y en cierta forma le iguala a éste, rescatándole de la situación, vivida como penosa y humillante, de quien ha de ser ayudado por no poder valerse por sus propias fuerzas. Entonces, es posible que la supuesta relación de trabajo conserve de ella tan sólo la apariencia externa y formal, pero que, en realidad, funcione como una resistencia, alimentada por la gratificación que aporta.

5.4. La sesión terapéutica como unidad de significado

5.4.1. *El conflicto básico como tema central de la sesión*

Así como una sinfonía gira alrededor de un tema musical central que va desplegándose, una composición de notas de la que pueden brotar múltiples variaciones y combinaciones, también la sesión terapéutica se desarrolla alrededor de un conjunto de ideas, sentimientos y fantasías que van expresándose de distintas formas y en múltiples entramados de asociaciones. Es en este sentido como debe entenderse cada sesión terapéutica como una unidad de significado. En cada una de ellas, el paciente comunica determinado estado o situación mental, una preocupación fundamental que ha de ser comprendida y aclarada. No cabe duda de que otras preocupaciones y ansiedades surgirán y se entrelazarán con las que constituyen el motivo principal o dominante de la sesión, pero lo harán siempre de forma subordinada, poniéndose de alguna manera al servicio del tema central, como ayuda o como resistencia a la formulación del mismo, aun cuando, en otras ocasiones, puedan ser ellas quienes ocupen esta situación privilegiada. Una de las tareas más importantes del terapeuta consiste, pues, en identificar en cada sesión este tema central al que denomino conflicto básico, el cual se da a entender, veladamente, a través de las palabras del paciente, de su actitud, de sus gestos, del estilo de su comunicación tanto como del contenido de ésta, etc. Es un error muy

frecuente por parte de los terapeutas el tratar de manera aislada las diferentes ideas y sentimientos que el paciente va enunciando a lo largo de la sesión, de la misma forma que un cazador dispara sobre las diferentes piezas que van surgiendo ante su escopeta, sin pensar que entre ellas haya ninguna clase de relación. No es ésta la forma como debe proceder el terapeuta. Las distintas asociaciones que van apareciendo no son fragmentos psíquicos aislados que habitan inconexos en la selva mental del paciente. Aun cuando parezcan distantes entre sí, se hallan típidamente entrelazadas por un hilo invisible que las une a todas al conflicto básico que se está representando a través de ellas. Evidentemente, es más fácil para el terapeuta intervenir sobre aspectos disgregados de la comunicación, acerca de algunas ideas aparentemente sin trabazón con las precedentes que atender al sentido expresado por la conjunción de todos los pensamientos y afectos manifestados, y buscar el eje conductor que impulsa a las asociaciones en una determinada dirección. En la p. p. las intervenciones dispersas, no adscritas de ninguna manera al tema central de la sesión, corren el riesgo de actuar tan sólo como juegos de ingenio, sin otra fuerza que la de la sugestión o la que puede derivarse del aporte de algunos conocimientos teóricos al paciente. También es verdad que, en virtud del que se ha llamado principio de la múltiple sobredeterminación, cada asociación puede esconder en su seno diferentes sentidos inconscientes además de aquél ligado al conflicto básico, y una intervención del terapeuta en relación a cualquiera de ellos puede resultar cierta desde una perspectiva formal, pero no será de ninguna ayuda para el paciente, ni tampoco el terapeuta resultará enriquecido en su comprensión de éste.

Para lograr captar el conflicto básico, alrededor del cual aletea el enjambre de las asociaciones, el terapeuta ha de estar particularmente atento al inicio de la sesión. La preocupación y la ansiedad que emanan de dicho conflicto, junto con los esfuerzos del paciente por resolverlo, configuran el contenido y el tono con que el paciente da comienzo a la entrevista, con más fuerza que en ningún otro momento. Ello se debe, a mi entender, a que el conflicto ha cobrado vigor en el intervalo entre las sesiones y no ha sido alterado, atenuado o distorsionado todavía por intervenciones imprecisas del terapeuta que, aun sin incidir de lleno sobre él, producirán modificaciones que harán más difícil su posterior comprensión. Las explicaciones del terapeuta que no atañen a dicho conflicto pueden ofrecer al paciente algún conocimiento acerca de su funcionamiento psíquico general, pero no producirán ninguna mejoría sustancial en su estado.

5.4.2. *El estímulo traumático como desencadenante del conflicto básico*

Tal como se expone en los manuales dedicados a la síntesis y sistematización de la psicopatología dinámica, así como en el capítulo 1 en el que

he tratado de la evolución de las relaciones objetales, en todo individuo existen diversos núcleos conflictivos, neuróticos y psicóticos, con sus ansiedades básicas y los mecanismos de defensa que son utilizados para hacer frente a éstas e intentar la resolución —nunca alcanzada a través de ellos— de tales situaciones (Fenichel, O., 1945b; Coderch, J., 1975; Tizón, J., 1982).

Estos núcleos conflictivos son esporádicamente reactivados por determinados estímulos, a los que podemos llamar estímulos traumáticos. Todo ser humano recibe, de continuo, el impacto de estímulos, externos o internos —necesidades, pulsiones, movimientos emocionales— que dan lugar a la aparición de respuestas de adaptación. Cuando estas respuestas son inapropiadas, desajustadas a la realidad, irracionales, etc., podemos suponer que el estímulo que las ha desencadenado ha aguijoneado uno de estos núcleos conflictivos, provocando una intensificación de las ansiedades a él ligadas y de los mecanismos defensivos que intentan hacerles frente. Podemos decir, por tanto, que así como todos los estímulos que constantemente inciden sobre el sujeto originan un esfuerzo de adaptación, algunos de estos estímulos pueden ser considerados como traumáticos a causa de que originan respuestas que son inapropiadas, pero que absorben todos los recursos para la adaptación por parte del sujeto (Langs, R., 1973). Estas respuestas, además, no sólo son improcedentes, sino que consiguen tan sólo un equilibrio inestable y, a la larga, perjudicial para el individuo.

Los estímulos traumáticos pueden ser externos o internos. Los estímulos externos pueden consistir en sucesos que plantean tareas realmente dificultosas para el sujeto, o que promueven amenazas y peligros, o que perturban seriamente el curso de su vida, etc. Pero, también, hechos en sí intrascendentes y que, desde un punto de vista objetivo, no parecen idóneos para suscitar ninguna reacción intensa ni desajustada a la realidad pueden desencadenar respuestas similares. La clave para la explicación de esta característica es la de que aquello que hace que un estímulo dado sea traumático para un determinado sujeto no es el grado de trascendencia real en la vida del mismo —aun cuando, indudablemente, no puede negarse la influencia traumática de un suceso de gran trascendencia— sino el significado que adquiere en su mundo interno, al vincularse con determinadas vivencias y pautas de relaciones objetales. Así, por ejemplo, una pérdida en sí insignificante puede convertirse en acontecimiento traumático si reactiva en el inconsciente la experiencia de la pérdida —real o fantaseada— del primer objeto, con todos los sentimientos de abandono, de soledad, de desamparo, etc., por un lado, y de odio, resentimiento, agresividad, etc., por otro. Por tanto, no debemos guiarnos por la importancia aparente de un estímulo que ha actuado sobre el paciente para decidir si se trata o no de un estímulo traumático, sino por el significado que éste puede tener en su inconsciente, lo cual, sin duda, es algo de muy trabajoso discernimiento. Por regla general, tenemos que basarnos en la respuesta del paciente para apreciar si un estímulo que ha

actuado sobre él tiene, o no, el carácter de traumático. Es posible que los estímulos traumáticos sean de naturaleza interna. Por causas puramente intrapsíquicas puede producirse una intensificación de ciertas pulsiones, una profundización de determinadas necesidades, un debilitamiento del yo, una perturbación de las relaciones objetales, un aumento de las ansiedades persecutorias, etc. Sin embargo, siempre puede plantearse la objeción de si, verdaderamente, no ha existido ningún estímulo externo que haya sido la causa del incremento de las pulsiones, del trastorno en el equilibrio de las relaciones objetales, etc., o si, simplemente, este estímulo externo ha pasado desapercibido a los ojos de todos, incluyendo el aspecto consciente del propio paciente.

El funcionamiento psíquico tiene siempre como finalidad la adaptación a los estímulos que provocan un estado de necesidad y una ruptura del equilibrio existente. Las pulsiones son buscadoras de objetos, precisamente para calmar este estado de necesidad que mueve a la consecución de aquello que puede satisfacerla. El motor que dispara los procesos de adaptación es la fuerza pulsional, la cual impele a la obtención de algo que alivie la tensión provocada por el estímulo. Ahora bien, esta adaptación tiene una vertiente externa en forma de un comportamiento que, en los casos en que ha sido puesta en marcha por el estímulo traumático que reactiva un conflicto inconsciente, adquirirá unas características irracionales y desajustadas a la realidad. Pero, en su mayor parte, la adaptación al estímulo traumático se realiza en el campo puramente mental, en el área de la fantasía. Y es esta fantasía la que el paciente comunica a través de su expresión verbal, en sus actitudes, en sus gestos, en su forma de relación. La manifestación, verbal o no verbal, de tal fantasía es la que permite al terapeuta penetrar en la respuesta adaptativa —mal adaptativa, puesto que se basa en conflictos inconscientes sin correspondencia con la realidad— al estímulo traumático. El reconocimiento de la naturaleza del estímulo traumático es prácticamente imprescindible para la comprensión del conflicto inconsciente que ha sido reactivado por él.

5.4.3. Descubrimiento de los estímulos traumáticos

Los estímulos traumáticos son equivalentes a los restos diurnos que actúan como desencadenantes de los sueños. Los deseos reprimidos, las ansiedades, los conflictos inconscientes que se expresan en los sueños se hallaban ya en la mente del sujeto, pero ha sido necesaria su vinculación con un pensamiento en estado de vigilia para que puedan alcanzar su representación en el campo de la conciencia. Sin embargo, existe una diferencia en el tema del que me estoy ocupando, ya que la expresión del conflicto básico a través de la respuesta adaptativa a un estímulo traumático es parte esencial del acontecer psíquico. La vida misma es la constante adaptación a los estímulos, internos o externos, que de continuo inciden sobre el organismo. Lo que es menester tener en cuenta es que un

estímulo puede ser o no traumático, en el sentido que estoy exponiendo, en distintos momentos de la vida del paciente y del curso del tratamiento. El conjunto de circunstancias ambientales y la situación en la que se halla el proceso terapéutico en un determinado instante pueden tener una influencia decisiva en la posibilidad de que un estímulo pueda, o no, ser vivido como traumático. Por tanto, para llegar a conocer cuál es el estímulo al que el paciente se está adaptando en cada sesión ha de tenerse en cuenta toda la constelación ambiental y vivencial en la que el sujeto se halla inmerso. Desde esta perspectiva práctica, el estímulo traumático puede formar parte de la sesión precedente o hallarse vinculado a los sucesos que han tenido lugar en la vida del paciente durante el intervalo entre sesión y sesión. Las observaciones del paciente en relación a sí mismo, o las intervenciones del terapeuta, pueden haber actuado como un estímulo traumático en el curso de una sesión dada. Sin embargo, puede muy bien ocurrir, y de hecho acontece con la mayor frecuencia, que la tarea de adaptación a un primer estímulo que en aquel momento ocupaba la mente del paciente haya obligado a la respuesta adaptativa al segundo estímulo a permanecer inmóvil, en estado de latencia, pero sin llegar a movilizar hacia sí los recursos del sujeto. Finalizada la sesión, este estímulo traumático alcanza todo su vigor en la experiencia del sujeto y desencadena ansiedad y los subsecuentes esfuerzos adaptativos.

W.R. Bion dice que el analista no ha de tener memoria (1963a). Esta frase debe entenderse como sugeridora de que el terapeuta ha de cuidar, celosamente, no tener una imagen fija y estereotipada del paciente, ya que ello le llevaría, sin remedio, a descubrir —o creer que descubre— en la comunicación del paciente unos significados que él ya tiene conocidos de antemano, anticipados y previstos. Al mismo tiempo, esto le conduciría a repetir similar tipo de interpretaciones, rígidas y envejecidas, imposibilitándose para captar nuevos significados y para vislumbrar nuevas perspectivas en la mente del paciente. Yo creo que la actitud del terapeuta —y en este sentido juzgo que hay que interpretar el pensamiento de Bion— ha de ser tal que le permita «estrenar» un paciente nuevo cada día. Ello es lo mismo que decir que, en todo momento, el terapeuta ha de estar preparado para desembarazarse de todas las pautas de relación que, hasta entonces, ha sostenido con el paciente, para estar dispuesto a estructurar una relación fresca y lozana que le autorice a percibir aspectos y rasgos de éste inéditos e inexplorados, y a ofrecer interpretaciones no escuchadas. La adopción de tal actitud es la única manera de impedir que la relación terapéutica se convierta en un monótono y aburrido forcejeo entre unas petrificadas resistencias del paciente y unas intervenciones gastadas y desvitalizadas por parte del terapeuta. Éste no ha de tener en su mente como conocimiento intelectual, en el inicio de la sesión, todo lo que sabe o ha pensado y sentido respecto al paciente, ya que ello deformaría y estereotiparía, fatalmente, su visión del mismo. Sin embargo, su preparación ha de capacitarle para, cuando la ocasión lo requiera, enlazar la comunicación y el estado mental del paciente con sesiones previas, ya

que éstas pueden haber actuado como estímulo traumático —a través del conjunto de ellas, o de alguna de las experiencias que en el transcurso de las mismas se produjeron— y aquello que las palabras y el comportamiento del sujeto ponen de relieve es la manifestación del conflicto promovido y la respuesta adaptativa subsiguiente.

Como he dicho antes, el estímulo traumático, la respuesta al cual se hace patente a través de la sesión, puede provenir de los sucesos que han acaecido en el intervalo entre las sesiones. A causa de ello, es indispensable estar celosamente atento al contexto de la realidad en la que, de una u otra manera, se hallan insertas las comunicaciones del paciente. Cuando el estímulo traumático al cual el paciente se esfuerza en adaptarse proviene de la sesión precedente, de alguna forma es conocido por el terapeuta. Cuando procede de los acontecimientos externos puede serle totalmente desconocido y sólo a través de las asociaciones y del comportamiento podrá deducir una respuesta adaptativa a algo que permanece para él en la penumbra. Muchos pacientes ocultan intencionadamente algún aspecto de la realidad de la cual forma parte el estímulo traumático, pero otros pueden no ser conscientes del mismo y percatarse, tan sólo, de un aumento de su ansiedad, de sus síntomas o de su comportamiento incomprensible y poco satisfactorio para ellos mismos. Tanto en uno como en otro caso el terapeuta ha de tener en cuenta que, mientras que este aspecto de la realidad no quede claro, no podrá entender el conflicto que se halla en la base de la respuesta de adaptación, por lo que su descubrimiento es uno de los objetivos primordiales de cada sesión. Para llegar a entender la importancia de este hallazgo, es menester recordar que el paciente ha de adaptarse a dos cosas: al trauma de la realidad y a las fantasías y conflictos intrapsíquicos que él evoca.

Las dificultades que se oponen a la revelación del estímulo traumático han de ser consideradas como formando parte de las resistencias del paciente. No debe olvidarse que, a causa de los intensos sentimientos transferenciales, los estímulos traumáticos son producidos, en muchas ocasiones, por circunstancias que rodean la relación terapéutica, tales como interrupciones por las causas que sean, indisposición de uno u otro protagonista que da lugar a la pérdida de una o más sesiones, ligero retraso en el comienzo de una sesión, intervenciones del terapeuta que han sido sentidas como dolorosas, etc.

Al escuchar a su paciente, el terapeuta ha de intentar captar los indicios de la existencia de un conflicto inconsciente, ya que si no lo logra no hay fundamento suficiente para sus intervenciones. Las manifestaciones del paciente pueden ser expresión directa de un conflicto intrapsíquico, como ocurre cuando revelan la existencia de síntomas clínicos, tales como obsesiones, fobias, ansiedad, o cuando son inapropiadas a la realidad, contradictorias, irracionales o confusas. En otras ocasiones, en cambio, lo que el paciente dice y hace no induce, por sí mismo, a pensar en un conflicto subyacente. Es posible que el paciente dé a conocer al terapeuta aspectos diversos de su vida —laboral, social, sexual, relacional, etc.—

como sujeto autónomo y capaz, a fin de que, conociendo su realidad, aquél esté más preparado para ayudarle en relación a aquellos rasgos inmaduros y deficitarios de su personalidad. En estos casos, debe tenerse en cuenta lo que el paciente comunica acerca de estos matices de lo que podemos llamar la parte sana de su vida y de su mente, sin realizar ninguna intervención en torno a ellos, ya que hacerlo supondría una interferencia en su libertad, tratando de inculcárle particulares valores y puntos de vista propios del terapeuta. Las intervenciones deben centrarse, tan sólo, en aquellos elementos de su conflictiva vida mental no adecuadamente desarrollados, parcial o totalmente inconscientes y que impiden y coartan su total libertad y autonomía. Es decir, han de estar dirigidos a ayudarle a conocer aquello que ignora, para que pueda decidir el tipo de adaptación a la realidad que juzgue más conveniente para él. El paciente será tanto más libre cuanto más conocimiento de sí mismo —a nivel experiencial, naturalmente, no teórico— puede transmitírsele.

Ahora bien, estas comunicaciones aparentemente sanas y razonables del paciente, son, en ocasiones, el vehículo que éste utiliza para dar a entender al terapeuta —sin que él mismo lo perciba conscientemente— el conflicto inconsciente, reactivado por el estímulo traumático, al que trata de adaptarse. Ello implica que, en estos casos, lo que pone sobre la pista del mensaje escondido no es lo que el paciente dice, sino el cómo, el porqué y el cuándo lo dice, lo cual exige, desde luego una gran sensibilidad y experiencia por parte del terapeuta. Pero sólo si éste llega a la conclusión de que, tras la comunicación ajustada a la realidad, se insinúa la presencia de la respuesta adaptativa al conflicto inconsciente está autorizado a intervenir sobre ella. Y esta norma, dicho de paso, evita que la sesión se convierta en una charla convencional más o menos dirigida, aparte del respeto que supone a la intimidad y libertad del paciente.

Los signos más aparentes en la exposición del paciente del conflicto básico al que trata de adaptarse son los que revelan disfuncionamiento del yo, falta de juicio de realidad, baja tolerancia a las frustraciones, explosiones emotivas frente a sucesos externos, dificultades en las relaciones interpersonales, etc.

5.4.4. La respuesta adaptativa

Como hemos visto, el estímulo traumático que reactiva un conflicto inconsciente desencadena una respuesta de adaptación —en el comportamiento o en la fantasía— para hacer frente a las ansiedades que él origina. Sabemos ahora que el funcionamiento psíquico tiene siempre, como finalidad, lograr la adaptación a los estímulos que inciden sobre el organismo como una totalidad, y que, por tanto, sólo si comprendemos el estímulo que ha suscitado la respuesta podremos entender ésta cabalmente. Ello no ha de extrañarnos, puesto que parece natural que, si el paciente precisa adaptarse a un estímulo traumático, sus pensamientos, fantasías, aso-

ciaciones, etc., se relacionarán con él de alguna manera y, sea cual sea su forma de presentación, se hallarán unidos con él por un vínculo invisible.

El examen atento de las asociaciones revela las fantasías reprimidas, las ansiedades y los conflictos puestos en marcha por el estímulo traumático. La respuesta de adaptación perfila y realza el conflicto inconsciente con el cual el paciente se está enfrentando en el curso de una determinada sesión. Esto es lo que constituye la unidad de expresión de la sesión terapéutica. Todos los fenómenos psíquicos o de comportamiento que aparecen durante la misma se hallan ligados por un denominador común: el conflicto inconsciente que ha sido reactivado por el estímulo traumático y la respuesta de adaptación al mismo. Y, para ser eficientes, todas las intervenciones del terapeuta han de hallarse dirigidas a la clarificación y comprensión de este conflicto, a fin de que, a la luz de este conocimiento, el paciente pueda vivirlo de otra forma, le sea posible integrarlo en la parte sana y madura de su *self* y, con ello, deje de hallarse bloqueado y paralizado por la ansiedad y los mecanismos defensivos. Las intervenciones que en el curso de la sesión no incidan en el conflicto predominante no presupondrán, en el mejor de los casos, más que una explicación teórica que causará poco impacto en la respuesta de adaptación en la que se halla inmerso el paciente.

La respuesta de adaptación es, por tanto, de primordial importancia para la revelación de las fantasías reprimidas, del conflicto intrapsíquico y de la manera como el yo intenta resolverlo. Es ella, por tanto, la que configura el tono y contenido de la sesión, y la que guía el curso de las asociaciones. Tal como sucede con el conflicto intrapsíquico reactivado por el estímulo, la respuesta de adaptación puede sufrir los efectos de la represión y transcurrir de forma total o predominantemente inconsciente, siendo puesta de relieve tan sólo por algunos de sus derivados o manifestaciones externas. Si durante la sesión el terapeuta cae en la cuenta de hallarse desorientado, de percibir las comunicaciones del paciente como algo fragmentario, sin continuidad, y de que sus intervenciones son, así mismo, aisladas unas de otras, sin dirección ni objetivo precisos, entonces puede estar seguro de que no ha captado cuál es la respuesta de adaptación del paciente ni a qué se está adaptando. En este caso, ha de dedicar todo su esfuerzo no a la clarificación de elementos sueltos del pensamiento del paciente, sino a encontrar la respuesta de adaptación, que constituye la directriz alrededor de la cual se desenvuelve la comunicación del paciente, y el estímulo traumático que la ha provocado. En la respuesta de adaptación queda patente la calidad del funcionamiento del yo, las defensas que utiliza, su capacidad de integración, sus relaciones con el ello y el superyó, etc.

De la aptitud del terapeuta para captar adecuadamente la respuesta de adaptación que se expresa en la comunicación del paciente y que constituye el fundamento de sus comunicaciones y comportamiento, depende que una sesión se le muestre confusa, oscura e ininteligible y que sus intervenciones sean como golpes al azar, o que la sesión aparezca diáfana

y armónicamente significativa. La posibilidad de detectar esta respuesta, a su vez, se halla ligada a la empatía del terapeuta, su capacidad de *insight*, su experiencia y el conocimiento de su propio inconsciente que le llevará a comprender el sentido de las reacciones contratransferenciales que en él despierta el paciente. Cualidades todas ellas que no pueden ser enseñadas en un texto, sino adquiridas a través del propio tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico, del hábito profesional y de la supervisión de los tratamientos por él conducidos.

5.4.5. *Contenido manifiesto y contenido latente*

La afirmación de que la sesión psicoterapéutica ha de ser concebida como una unidad de expresión nos conduce a darnos cuenta del estrecho paralelismo que existe entre ella y el sueño. El sueño es, indudablemente, una unidad de expresión, aun cuando, naturalmente, puede haber un tema principal, que es el auténtico motor del sueño, y unos temas secundarios o derivados. En el sueño encontramos unos restos diurnos a los que se enlazan unos deseos reprimidos que persiguen alcanzar una representación, aunque desfigurada —contenido manifiesto— en la conciencia. Estos deseos —o contenido latente— a causa del mecanismo de censura no se enuncian en el sueño de forma clara y explícita, sino distorsionada, para permanecer irreconocibles y obtener, así, el permiso para entrar en la conciencia y lograr su cumplimiento en el campo de la fantasía. El sueño es, pues, un proceso unitario de la mente en el que cabe distinguir dos distintos niveles, el del contenido manifiesto y el del contenido latente. Podemos, pues, entender con mayor precisión el concepto de la sesión como unidad de expresión si, dentro de los límites impuestos por el hecho de que el paciente se halla en estado de vigilia, le otorgamos el mismo tratamiento que al sueño. Ya hemos visto que en la sesión encontramos un estímulo traumático —de mayor importancia que en el sueño— que se enlaza con un conflicto inconsciente que pugna por expresarse y es reactivado por él, dando lugar a una respuesta de adaptación dirigida a manejar la ansiedad implícita en dicho conflicto.

También en la sesión terapéutica, similarmente a lo que ocurre en el sueño, debemos distinguir, pues, entre contenido latente y contenido manifiesto. El contenido manifiesto, como en el sueño, se halla constituido por el comportamiento y las comunicaciones explícitas del paciente, mientras que el contenido latente está formado por las fantasías reprimidas en las que se proclama el conflicto inconsciente reactivado por el estímulo traumático y la respuesta de adaptación al mismo.

5.5. La comunicación del paciente

5.5.1. *Contenido y estilo de la comunicación*

De una u otra forma, en gran parte de las páginas precedentes me he referido ya a las comunicaciones del paciente. Resta ahora ensayar una clasificación práctica que nos ayude en nuestra tarea de extraer de ellas el mensaje que el paciente nos transmite. Vaya por delante que en toda comunicación hemos de distinguir dos aspectos, el contenido y el estilo. El contenido —término éste especialmente válido para la comunicación verbal— se halla constituido por las ideas, fantasías y sentimientos explícitamente expresados. Al hablar del estilo de la comunicación me refiero a un conjunto de variables muy diversas y de difícil concreción que encuadran este contenido. Entre ellas hemos de tener en cuenta el momento y el contexto general en que se produce la comunicación, el tono de voz, los sentimientos que la acompañen —sean, o no, explícitamente expresados— la secuencia de las asociaciones, etc., y, lo que es de primordial interés, la intención implícita que —siempre según la impresión del terapeuta— la ha motivado. La importancia del estilo es tal que el verdadero sentido de la comunicación nos viene dado más por él que por el contenido argumental. Lamentablemente, la descripción, la categorización y la teorización acerca del estilo es aún mucho más difícil de lo que resulta hacerlo con el contenido. Es decir, que por desgracia, estas variables que estructuran el estilo son extremadamente inefables y, por tanto, casi imposibles de transmitir en una reflexión teórica como la que estoy intentando. Tan sólo la experiencia llevada a cabo bajo una adecuada supervisión puede enseñarlas. Aquí puedo, únicamente, subrayar la necesidad de que el terapeuta esté tan atento a ellas como al contenido argumental de la comunicación.

5.5.2. *Comunicación verbal*

Las comunicaciones verbales del paciente conforman la mayor parte de su relación con el terapeuta. Y, en la práctica, debe procurarse que en el curso del tratamiento este tipo de comunicación vaya en aumento, tanto cuantitativo como cualitativo, ya que la verbalización de fantasías y sentimientos que previamente permanecían vagos, inconcretos, ambiguos y apenas percibidos es un primer paso para que el paciente comience a entenderse a sí mismo y adquiera la capacidad de diálogo interno que es uno de los objetivos de la p. p. En la comunicación verbal se expresan las ansiedades y fantasías inconscientes, pero en ellas intervienen, también los aspectos más maduros y sanos del paciente, el yo observador y organizador que es, a la vez, sintiente y pensante, que puede tener cierta experiencia de lo que ocurre en el espacio mental y, dándole forma adecuada, transmitirlo al terapeuta. En el curso del proceso esta aptitud, en

los casos afortunados, va acrecentándose hasta el punto en que el paciente es capaz de dialogar auténticamente consigo mismo sin la ayuda del terapeuta, momento en el cual el tratamiento puede darse por terminado.

En toda comunicación verbal debemos distinguir entre tres posibles motivaciones, tanto conscientes como inconscientes. Una de ellas es el deseo de dar a conocer al terapeuta algún hecho del comportamiento, estado afectivo, fantasía o acontecimiento de la realidad externa, conscientemente conocidos por el paciente. Otra es la intención, oculta para él mismo, de transmitirle determinada fantasía inconsciente a través de un material consciente. La tercera posibilidad reside en el empeño por sustraer al conocimiento del terapeuta y de sí mismo material inconsciente productor de ansiedad, de manera que las palabras son puestas al servicio de la resistencia y no de la verdadera comunicación. La distinción entre estas tres distintas motivaciones debe hacerse más por el estilo que por el contenido de la comunicación. Un mismo contenido puede obedecer a diferentes motivaciones y transmitir diversos mensajes. El estilo, en cambio, es menos engañoso en este sentido, permanece más fiel a sí mismo y en él se reflejan, con mayor claridad, los verdaderos significados de la comunicación.

Hemos de tener en cuenta que aun cuando el paciente hable de sucesos acaecidos en el mundo externo, aparentemente sin relación con las cuestiones que se están investigando en el curso de la p. p., siempre está hablando de sí mismo, de sus miedos, ansiedades, deseos, formas de relacionarse con el terapeuta, conflictos conscientes e inconscientes, fantasías reprimidas, etc. Estos acontecimientos, formalmente periféricos y ajenos a la sesión, son el vehículo a través del cual comunica algo propio. Tal como ya he subrayado al referirme al método de las asociaciones libres, el paciente no conoce su propio inconsciente, de manera que, aunque quisiera, no es capaz de informar acerca de éste de forma directa y explícita, puesto que él no puede, voluntariamente, suprimir la barrera inconsciente-preconsciente. Sin embargo, los elementos psíquicos reprimidos pugnan siempre por salir a la superficie, por exteriorizarse de alguna forma en la conciencia y, por lo que se refiere al aspecto pulsional, por hallar cierta posibilidad de descarga, aun cuando ésta se lleve a cabo de manera encubierta, sólo simbólicamente y en el campo de la fantasía.

Este material psíquico reprimido lucha por manifestarse, favorecido por la especial situación producida por la metodología terapéutica y por el esfuerzo del paciente por expresarse libremente y superar toda inhibición o reserva. Con ello se debilita la censura o barrera inconsciente-preconsciente y halla ocasión de enlazarse con alguno de los hechos que han ocupado la conciencia del paciente en un momento dado de su vida. A partir de tal momento, este contenido psíquico tiene ocasión de presentarse en la conciencia vehiculado por el material consciente con el cual se ha vinculado, cosa que no podría hacer por sí solo, por impedírselo las fuerzas represoras. Inversamente, podemos decir que si en el curso de la sesión el paciente se refiere a determinados aspectos de la realidad en

la que vive y de su comportamiento en ella, se debe fundamentalmente a la unión de estas situaciones de la realidad con fantasías inconscientes que luchan por salir a la superficie. El terapeuta, por tanto, no ha de caer en el error de creer que el paciente está hablando «tan sólo» de algo que ha tenido lugar en el terreno de su vida cotidiana, sino que ha de intentar poner al descubierto los elementos inconscientes que dan a la comunicación su verdadero sentido.

A través de la descripción de actividades diarias y acontecimientos que han tenido lugar, de la comunicación de sentimientos y fantasías, la expresión de estados de ánimo, etc., el terapeuta ha de tratar de desvelar el estímulo traumático que ha reactivado el conflicto psíquico inconsciente, así como el esfuerzo de adaptación, interna y externa, ante dicho conflicto que el paciente está llevando a cabo. La comunicación del paciente pone de relieve las medidas que adopta para hacer frente al conflicto intrapsíquico reavivado y, por tanto, sus mecanismos de defensa, su capacidad para manejar las situaciones externas, de utilizar sus propios recursos, de discernir entre sus fantasías y la realidad circundante, etc., todo lo cual pone de relieve el grado de fuerza de su yo y lo adecuado o inadecuado del funcionamiento de éste. Al mismo tiempo, el conflicto inconsciente puesto en marcha por el estímulo traumático reagudiza determinadas pautas de relaciones objetales —es lo que podemos denominar núcleo patológico estructural del paciente—, lo cual se manifiesta, transferencialmente, en la manera de relacionarse con el terapeuta, sobre quien se proyecta el objeto arcaico productor de ansiedad, pretendiendo identificarle con él para, de esta manera, involucrarlo en el conflicto básico. Tal como ya hemos visto al hablar de la transferencia, el estudio de ella nos permitirá comprender las relaciones del yo con el ello y con sus objetos, y de éstos entre sí.

En algunos momentos, la comunicación verbal del paciente se refiere directamente al terapeuta, ya sea para expresar sus sentimientos con respecto a él, ya sea para formular preguntas, mostrar interés o curiosidad por algunos de sus rasgos y características, supuestos o conocidos, o para expresar fantasías conscientes de las que el terapeuta forma parte. Dada la índole de la relación psicoterapéutica, debe transmitirse al paciente el sentimiento de la más plena y absoluta libertad para exteriorizar todo aquello que sienta y piense del terapeuta. Ha de sospecharse la existencia de una resistencia cuando el paciente no habla jamás del terapeuta ni formula juicios, observaciones o sentimientos en torno a él. Pero, por otro lado, no debe pensarse que la transferencia se presenta sólo cuando en la comunicación del paciente hay alusiones explícitas al terapeuta. Como ya he dicho anteriormente al exponer el tema de la transferencia, ésta interviene en toda la relación del paciente con el terapeuta, sea cual sea la configuración externa que ésta adopte. Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que, siempre respetando la libertad de expresión que he mencionado hace unos momentos, no es conveniente en la p. p. estimular la comunicación del paciente en este sentido, ya que ello podría dar lugar a

una regresión transferencial excesiva y no deseable en este tipo de tratamiento, y, además, a una pérdida de la necesaria focalización en torno a aquellas dificultades y desajustes vinculados a la realidad externa que han conducido al paciente a la búsqueda de ayuda y que han de ser el pivote alrededor del cual gire todo el proceso terapéutico.

Una parte importante de la comunicación verbal puede estar constituida por las fantasías conscientes, las cuales no han de ser confundidas con las fantasías inconscientes de las que ya he hablado repetidamente, aun cuando, naturalmente, es de esperar que en el curso del tratamiento muchas de estas últimas llegarán a ser conocidas y comprendidas por el paciente.

Las fantasías conscientes —a veces denominadas, también, ensueños diurnos— son aquellos productos de la imaginación del paciente que éste distingue de la realidad. Así, por ejemplo, el paciente puede decir que fantasea —o imagina— que llega a obtener un gran éxito en su profesión, o que tiene tal o cual aventura amorosa, o que se ve envuelto en determinado infortunio, o que mientras él está en la sala de espera el terapeuta trata amistosamente al paciente que le precede, o que durante el fin de semana el terapeuta se dedica a tales o cuales actividades, etc. Naturalmente, estas fantasías conscientes son representaciones distorsionadas de las fantasías inconscientes. Son, respecto a éstas, lo que el contenido manifiesto del sueño en relación al contenido latente, y, por tanto, han de ser consideradas, al igual que ocurre con los sueños, como un punto de partida para la investigación de los conflictos inconscientes de los cuales son la expresión enmascarada. Naturalmente, estas fantasías conscientes ponen de relieve, así mismo, tanto el conflicto básico activado por el estímulo traumático como el esfuerzo de adaptación al mismo. También en ellas se expresan los mecanismos de defensa utilizados por el yo y las relaciones objetales dramatizadas en el argumento de la fantasía.

5.5.3. Comunicación no verbal. La actuación

El paciente expresa sentimientos, actitudes, estados de ánimo y conflictos con su mímica, sus gestos y su comportamiento general dentro de la sesión. En el apartado destinado a las primeras entrevistas me he referido ya a la comunicación no verbal. Sólo quiero, ahora, recordar que este tipo de comunicación acompaña y matiza las palabras del paciente, formando parte de lo que he denominado el estilo de la comunicación. Por otra parte, ya he mencionado los rasgos propios y característicos de la personalidad del paciente, subrayando que éste los siente como algo inextricablemente unido a lo más íntimo de su ser y que, por esta causa, cualquier intervención del terapeuta acerca del sentido inconsciente que pueden poseer corre el peligro de provocar una dolorosa herida narcisista. Por este motivo, el terapeuta ha de captar el mensaje que el paciente transmite a través de este tipo de comunicación no verbal: forma peculiar

de expresarse, tono de la voz, arreglo personal, ademanes, etc., pero ser muy cauteloso antes de intervenir sobre alguno de tales aspectos.

Ahora bien, existe así mismo un tipo de comportamiento llevado a cabo por el paciente, fuera de la sesión, a través del cual expresa vigorosamente los conflictos que existen en su interior. Este tipo de comportamiento se denomina en el lenguaje psicoanalítico *acting out* o actuación, y a él debe estar muy atento el terapeuta a fin de utilizarlo para una mayor comprensión del inconsciente de su paciente y, dado el carácter destructivo que suele tener para éste, impedir su repetida presentación a través de las interpretaciones idóneas. Dada la importancia de esta forma de expresión de la patología intrapsíquica y de su adecuada comprensión para la favorable evolución del proceso terapéutico, dedicaré a ella algunas reflexiones.

La actuación se considera, en términos generales, como una descarga de deseos infantiles reprimidos fuera del análisis (Eidelberg, L., 1973). El paciente considera, en estos casos, que su comportamiento se halla justificado por las circunstancias, sin que lo relacione con sus fantasías inconscientes.

El concepto de *acting out* o actuación fue, en su origen, plenamente psicoanalítico y aplicado a pacientes que se hallaban en tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, con el tiempo su uso se ha ido extendiendo —creo que excesivamente— al campo de la psiquiatría y de la psicología para designar determinadas formas de comportamiento en sujetos que no se encuentran en esta clase de tratamiento. Dado que la actuación se halla inserta dentro del marco de la realidad externa y que, como sabemos, la p. p. tiene como objetivo ayudar al paciente a adaptarse a dicha realidad, no es de extrañar que constituya una cuestión de gran interés para la práctica de este tipo de tratamiento.

Freud se ocupó principalmente de la actuación en su obra *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), aun cuando ya se había referido a ella en *Fragmentos de análisis de un caso de histeria* (1905). El paciente, dice, no recuerda nada de lo que ha olvidado o reprimido, sino que lo actúa. Lo reproduce no como una memoria, sino como una acción; repite sin, desde luego, saber que está repitiendo.

El párrafo que antecede nos lleva, de inmediato, a darnos cuenta de la relación entre transferencia y actuación, puesto que ya he dicho que la transferencia es la repetición, en la persona del terapeuta, de las relaciones que el paciente mantuvo en su infancia con sus primeros objetos. Por tanto, no nos cabe la menor duda de que la actuación es un fragmento de la transferencia, aun cuando no toda la transferencia haya de ser catalogada como pura actuación. Al mismo tiempo, a la actuación se le otorga un doble vínculo con la transferencia, puesto que, desde la perspectiva del tratamiento psicoanalítico, se considera que la actuación es la puesta en acción de los conflictos inconscientes por parte del paciente, en lugar de vivirlas en la transferencia. Desde este vértice, puede decirse que la actuación y la transferencia son la misma cosa, es decir, la repetición de

los conflictos infantiles inconscientes y no adecuadamente resueltos. La diferencia estriba en que en la transferencia en sentido estricto esta repetición se realiza, como ya hemos visto al ocuparnos de ella, a través de la relación con el analista, y se pone de manifiesto en las fantasías, verbalizadas o no, dirigidas hacia éste, mientras que en la actuación el paciente pone en marcha determinados comportamientos que dan lugar a la escenificación de los conflictos inconscientes. Esta escenificación puede producirse en el ámbito del mundo externo y sin que el paciente lo relacione con el terapeuta. Pero, a veces, puede este comportamiento tener lugar en el ámbito de la sesión —o en su periferia; como no acudir a la misma, llegar con retraso, etc.— en cuyo caso el terapeuta quedará, de alguna manera, incluido en la actuación. En estos últimos casos se utiliza, por muchos autores, la denominación de *acting in*. El uso de este segundo término tiene la ventaja de distinguir todo aquel comportamiento que ocurre dentro del análisis o en directa relación con él, de aquel que, desde el punto de vista del pensamiento consciente del paciente, se halla por completo desligado del análisis y del analista. Además, como veremos a continuación, el término actuación, entendido en este último sentido, se aplica también para explicar ciertos aspectos del comportamiento de sujetos que no se hallan en ninguna clase de terapéutica psicoanalítica. En conjunto podemos decir que, aun cuando en la transferencia el paciente siempre repite en lugar de recordar, en la actuación, en el sentido limitado al que me he referido, el paciente se halla todavía más lejos de esta posibilidad de recordar y más distante de percatarse de que sus acciones, que él juzga justificadas y con las que se siente de acuerdo, se hallan dictadas por conflictos internos para él desconocidos.

Con el tiempo, el término actuación ha perdido, en parte, su pristino sentido de una forma de resistencia que surge en el curso del tratamiento psicoanalítico y a través de la cual el paciente dramatiza sus conflictos inconscientes en diversas formas de comportamiento, en lugar de revivirlos directamente en la relación con el analista. Progresivamente se ha ido utilizando, sin perder su connotación original, para significar todo comportamiento impulsivo generalmente destructivo para el propio sujeto y socialmente rechazable que se supone expresión de conflictos inconscientes. Así, con frecuencia es considerado como una «actuación» el comportamiento característico de drogadictos, caracterópatas, delincuentes, etc. Esta ampliación del concepto ha supuesto ventajas y desventajas. Por un lado, ha favorecido una mayor comprensión de una serie de formas de conducta inadecuadas para los mismos intereses de quien los lleva a cabo o de tipo antisocial. Por otro, como ocurre siempre en estos casos, la extensión del concepto da lugar a cierto decaimiento en la intensidad y nitidez del mismo. Éste es un riesgo inevitable que se presenta siempre que, pretendiendo aprovechar los conceptos psicoanalíticos para otras áreas del saber humano tales como la psiquiatría, la psicología o la sociología, en lugar de acudir a la asimilación de las ideas y su aplicación posterior al lenguaje propio del campo de conocimientos de

que se trate, se recurre a la cómoda y abusiva utilización del término, muchas veces con desconocimiento de su verdadero significado. Por esto, en mi opinión, debe reservarse el empleo del vocablo actuación para designar cierto tipo de comportamiento en pacientes que se hallan en tratamiento psicoanalítico o de p. p. Sería, tal vez, más acertado decir que, así como la actuación es una respuesta a la transferencia en pacientes que se hallan en tratamiento, determinados actos impulsivos en sujetos no tratados pueden ser considerados como reacciones a transferencias extraterapéuticas.

La experiencia muestra que la actuación se halla vinculada, a la vez, a determinado momento de la transferencia y a la presencia de tendencias a la impulsividad dentro de la patología de cada individuo (Fenichel, O., 1945a). Esta tendencia a la impulsividad se halla vinculada a estructuras de la personalidad constituidas en épocas muy tempranas de la infancia, y puede ponerse de manifiesto en el curso del análisis o en otras circunstancias que actúan como desencadenante. Tanto en uno como en otro caso, la actuación se caracteriza por su carácter irracional y poco ajustado a la realidad y a las necesidades del sujeto. En lo que se refiere a la actuación que se presenta en el curso de la terapéutica psicoanalítica, ha sido tradicionalmente juzgada como una resistencia molesta y de indeseables consecuencias, siendo la misión del terapeuta prevenir su aparición con las adecuadas interpretaciones. Sin embargo, en la actualidad se tiende, cada vez más acentuadamente, a tener en cuenta lo inevitable de su presencia en todo tratamiento y su frecuente carácter comunicativo. Desde este punto de vista, puede decirse que la actuación presenta la misma doble vertiente que ya he citado al hablar de la transferencia. Por un lado, es una resistencia al descubrimiento del inconsciente, pero, por otro, es una fuente inapreciable de información y una manera de comunicar al terapeuta cuáles son los conflictos que existen en el interior y cuáles las defensas con las que se intenta mantenerlos ocultos. En síntesis, la actuación puede tener un sentido predominantemente comunicativo, o bien una intencionalidad fundamentalmente destructiva de la posibilidad de diálogo y comprensión. Por otra parte, no es extraño suponer que la actuación es más susceptible de ser comprendida si permanece encuadrada dentro de los límites de la sesión, puesto que, en este caso, es más fácilmente reducible a sentimientos transferenciales que, al no poder ser adecuadamente verbalizados, son transformados en acción. Cuando los sentimientos transferenciales, sin embargo, son puestos en acción y derivados hacia un comportamiento exterior al tratamiento, quedan escamoteados más fácilmente de la relación terapéutica y, con frecuencia, perdidos e ignorados en el complicado conjunto de la conducta y las dificultades del paciente en el mundo exterior.

Así, pues, al ampliar el concepto de actuación a formas de comportamiento sin relación con ninguna situación terapéutica, nos encontraremos en la tesitura de tener que designar como actuación a cualquier comportamiento irracional, al cual suponemos gobernado por el proceso

primario como consecuencia de que ciertos contenidos mentales han sido disociados del sistema consciente-preconsciente. Pero dado que todo comportamiento contiene algunos elementos irracionales —como sabemos por la experiencia clínica— y es, dentro de límites variables, influido por las fantasías inconscientes, llegaría un momento en que, siguiendo esta línea de pensamiento, todo comportamiento caería dentro del concepto de actuación. Con ello no pretendo decir que nos baste, para una suficiente claridad conceptual y terminológica, reservar el término actuación para aquellos comportamientos irracionales o desajustados a la realidad llevados a la práctica por un sujeto que se halla en curso de tratamiento. La caracterización del concepto de actuación ha de ser algo más sutil, aun cuando esta acotación al campo clínico sea válida. Pero ésta sería una delimitación excesivamente periférica y que nos diría poco acerca de la naturaleza intrínseca de la actuación y de su diferenciación de la transferencia en sentido estricto, es decir, del conjunto de fantasías dirigidas hacia el analista pero no transformadas en acción.

Creo que la clave de la cuestión reside en la distinción entre actuación y actualización (Boesky, D., 1982). La actualización no comporta un paso al acto, necesariamente. Lo que se produce en la transferencia es una actualización de las relaciones pretéritas con los primeros objetos. El paciente intenta llevar a cabo esta actualización imponiendo una determinada interacción con el terapeuta, es decir, asumiendo el mismo determinado papel e intentando que el terapeuta asuma otros. Esta actualización puede, o no, ir acompañada de un cierto grado de puesta en acción, y creo que esto es lo que, en muchas ocasiones, ha llevado a la concepción, que yo creo equivocada, de que toda transferencia es una actuación.

Por otra parte, conviene distinguir, dentro de la actualización, entre dos componentes, la fantasía inconsciente y algún tipo de acción. Hemos de partir de la base de que la reproducción transferencial de fantasías, deseos y sentimientos no es sólo una sustitución de la gratificación directa, sino que es también una forma de satisfacción enmascarada a través del establecimiento de vínculos de comunicación entre distintos aspectos del paciente y entre éste y el terapeuta. Pero, en algunos casos, el yo del paciente no es capaz de soportar la actualización de las primitivas relaciones objetales, con toda la carga de ansiedades a que ello da lugar. Entonces, utiliza la acción, ya sea para obtener una satisfacción —similar a la gratificación alucinatoria de los sueños— de las pulsiones y fantasías transferencialmente reactivadas, ya sea para oponerse a ellas por vía de formación reactiva. De una u otra manera, a través de la descarga gratificadora o por intensificación de las defensas contra el material reprimido, el paciente intenta hacer frente a los peligros que acompañan a una actualización excesivamente próxima a transformarse en realidad. Por tanto, cuando el paciente se siente muy presionado por la actualización de las tempranas relaciones objetales puede experimentar la ineludible necesidad de resolver esta situación pasando al acto. Ésta es, a mi entender, la esencia de la actuación. Ahora bien, no cabe suponer un

sentido unívoco para todas las actuaciones. Cierta grado de actuación es inevitable y aun precisa en todo tratamiento para la adecuada elaboración transferencial. El paciente ensaya resolver la situación transferencial transportándola al área del comportamiento, especialmente en el mundo externo, y hallando en ella nuevos caminos. Ésta es la actuación que podemos llamar creativa, en la cual no se trata de una mera repetición sino de encontrar fórmulas que permitan romper el círculo vicioso reiterativo. La actuación destructiva, en cambio, es aquella que se opone frontalmente a la comprensión de la transferencia y se limita a reproducir, ciegamente, los conflictos con el objeto arcaico proyectado en el terapeuta. En estos casos, además, el comportamiento inapropiado es más masivo y persistente, mientras que en el caso de la actuación creativa vemos que ésta se presenta con menor frecuencia y lo hace en momentos álgidos del tratamiento, señalando, a menudo, un avance en el mismo.

Los autores kleinianos vinculan la tendencia a la actuación con las primeras experiencias de abandono por parte del objeto (Rosenfeld, H.A., 1964b; Meltzer, D., 1967). De acuerdo con Rosenfeld, la manera como el paciente vivió la separación del objeto primario configurará, más adelante, su capacidad para colaborar con el analista con actuaciones parciales —que yo creo que son equivalentes a las que he llamado actuaciones creativas— o, por el contrario, su tendencia a las actuaciones totales y destructivas. Éstas últimas se producen cuando la separación fue vivida con un exceso de hostilidad. Si, en cambio, el bebé ha sido capaz de vivir la frustración de la separación en un nivel depresivo, el objeto primario no es sentido como totalmente malo. Entonces, cuando en el curso del análisis el paciente experimenta sentimientos hostiles hacia el terapeuta y se dirige hacia el exterior en busca de buenos objetos conserva, a pesar de todo, una relación suficientemente positiva con el terapeuta para seguir cooperando y comprendiendo. Ahora bien, si la agresividad y la consecuente ansiedad persecutoria son muy intensas, las relaciones con el objeto quedan fijadas en la posición paranoide, de manera que persiste la tendencia a la disociación entre un objeto enteramente malo y otro enteramente bueno e idealizado. Cuando el bebé abandona el objeto primario como totalmente malo y perseguidor, se dirige hacia objetos secundarios idealizados, pero, bajo la presión de la ansiedad persecutoria, estos objetos secundarios devienen malos prontamente. El paciente anclado en la posición esquizo-paranoide y que siente que abandona un objeto con intensa hostilidad es el que realiza actuaciones continuadas, repetitivas y destructivas, proyectando en los objetos externos la absolutamente idealizada o totalmente mala figura del terapeuta. Esta actuación, de tan negativas consecuencias, tan sólo puede ser evitada a través de un adecuado esclarecimiento de la transferencia en el nivel de la posición esquizo-paranoide, de manera que el paciente llegue a ser capaz de experimentar amor y preocupación por el objeto como una totalidad y, por tanto, deje de disociarlo en un objeto malo y otro idealizado.

La meta de la p. p., como ya he dicho, es la de conseguir una adecua-

da superación de las dificultades con las que se enfrenta el paciente, a través de la comprensión de su realidad interna y de la manera como sus procesos mentales interfieren con las circunstancias externas. En el curso del tratamiento, por tanto, será imprescindible que el paciente ensaye nuevas formas de comportamiento y experimente distintas soluciones para sus problemas, siendo el tema primordial de la sesión el estudio cuidadoso de este comportamiento, a fin de dilucidar cuánto puede haber en él de actuación creativa, dirigida a lograr una buena adaptación a la realidad, y cuánto de actuación dirigida a la repetición estéril de los conflictos internos. Será un buen índice para diferenciar entre una y otra actuación el tipo de relación con el terapeuta que acompaña al comportamiento externo, así como el ajuste a la realidad, o la idealización engañosa, con que éste se produce.

5.6. Las intervenciones del terapeuta

Ya he hablado antes de que en la sesión terapéutica es menester hallar el tema central, constituido por la conjunción del estímulo traumático, el conflicto básico que éste reactiva y los esfuerzos, por parte del paciente, para lograr una adaptación a tal situación conflictiva. A esto debe añadirse algo de lo que ya he hablado en el capítulo 2: las intervenciones del terapeuta. Si éstas no se produjeran no tendría lugar ningún cambio. Si el paciente se ve obligado a acudir al tratamiento es, evidentemente, porque a lo largo de su vida ha persistido en sus frustrados intentos por hallar solución a su conflicto básico y a las ansiedades generadas por él utilizando vías erróneas que le llevan a una inacabable repetición de las mismas pautas improductivas. Los estímulos que halla en su relación con el mundo exterior y consigo mismo desencadenan las mismas ansiedades terribles que sufrió en su infancia y emplea, para combatir las, los mismos e ineficaces procedimientos y mecanismos de defensa de los que se sirvió en aquel entonces. Las intervenciones del terapeuta introducen una variable nueva que permite romper el círculo vicioso y dar lugar a nuevas experiencias y formas de elaboración mental. Podemos distinguir, en esencia, tres tipos de intervenciones verbales por parte del terapeuta: la actitud de disponibilidad y atención, las intervenciones verbales y el silencio.

5.6.1. La actitud de disponibilidad y atención

Hay una primera intervención, por parte del terapeuta, de la que ya he hecho mención al hablar de las primeras entrevistas. Me refiero a la actitud de disponibilidad y atención. Como he mencionado, la transferencia se inicia ya antes de que el paciente conozca al terapeuta. Las pulsiones son buscadoras de objetos, y hallar un objeto es, por tanto,

reencontrarlo. En la fantasía del paciente existe, en todos los casos, un objeto persecutorio, terrorífico y amenazador, y también un objeto bueno, protector y amoroso, susceptible de sufrir una idealización desnaturalizadora que convierta su bondad en peligro y persecución. El hecho de encontrar a alguien que se halla dispuesto a escuchar de forma tolerante, intentando comprender, sin premiar ni castigar, introduce una respuesta nueva en el contexto de la búsqueda por parte del paciente. En el mismo sentido actúa la disponibilidad del terapeuta, manifestada no sólo en su actitud general de receptividad, sino también en los detalles concretos de su fidelidad al pacto concertado en cuanto a los días y horas de las entrevistas, su regularidad en la asistencia, sólo interrumpida en circunstancias excepcionales —los psicoterapeutas suelen continuar atendiendo a sus pacientes aun en el caso de sufrir leves indisposiciones—, su puntualidad exacta, su respeto a la libertad del paciente, etc. Este tipo de relación, que se establece ya por el mero hecho de la disponibilidad profesional —y que sigue estructurándose luego a través de las otras intervenciones del terapeuta— incluye un elemento nuevo en las conflictivas relaciones de objeto del paciente y abre un resquicio por el que pueden penetrar formas de vinculación sofocadas, hasta el momento, por el temor y la agresividad.

5.6.2. Las intervenciones verbales del terapeuta

Con sus intervenciones verbales, el terapeuta engendra nuevos pensamientos, ideas y perspectivas en la mente del paciente. Constituyen, por esencia, el instrumento primordial de que dispone. Como ya he dicho en el capítulo 2, las intervenciones verbales utilizadas en la p. p. son la confrontación, la clarificación y la interpretación.

5.6.2.1. Confrontación

Ya he señalado lo que debe entenderse por confrontación. Ahora me referiré a algunas peculiaridades de su uso.

La confrontación se emplea para dirigir la atención del paciente hacia aspectos de su comportamiento o de sus verbalizaciones de los que no se ha percatado adecuadamente, pero que puede ser capaz de reconocer por sí mismo. No se trata en ella, por tanto, de llevar hasta la conciencia fantasías inconscientes de las que el paciente no tiene ningún conocimiento, aun cuando puede preparar el camino para ello. Por tanto, el terapeuta usa la confrontación siempre que le parezca conveniente que el paciente profundice su pensamiento en torno a algo de lo que en realidad es consciente y que no constituye para él ningún secreto, pero sobre lo cual no ha podido, o no ha querido, reflexionar suficientemente. Aunque la confrontación puede referirse a innumerables aspectos de la comunica-

ción o comportamiento del paciente, algunos de ellos son especialmente idóneos para la utilización de este instrumento terapéutico. Así, la confrontación puede destinarse a poner de relieve las omisiones o repeticiones importantes en el relato del paciente, así como aquellas partes del mismo que se apartan de la realidad de forma notoria y excesivamente destacada como para ser pasada por alto. También puede ser empleada para resaltar algún tipo de comportamiento o pensamiento que muestre alteraciones notables en el funcionamiento del yo, a fin de preparar el camino para un ulterior esclarecimiento de los mecanismos de defensa o fantasías inconscientes que provocan tal disfuncionamiento. Aun cuando las confrontaciones pueden ser utilizadas ampliamente y en muy diversas ocasiones, su empleo adquiere el máximo interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el relato del paciente presenta lagunas, omisiones y contradicciones importantes.

b) En los casos en los que el terapeuta juzga conveniente hacer resaltar algunos aspectos de la comunicación a los que el paciente no ha prestado la suficiente atención.

c) En ocasiones, la confrontación es imprescindible para señalar alteraciones graves en el cumplimiento de las reglas concertadas, tales como faltar a las sesiones, llegar tarde a ellas, guardar un silencio prolongado, etcétera.

d) Es muy frecuente que el paciente pague un precio muy elevado por sus actuaciones, desadaptaciones y soluciones erróneas. Mediante la confrontación es necesario intentar que perciba las desagradables consecuencias de las formas de comportamiento dictadas, no por sus necesidades reales, sino por sus fantasías inconscientes. Entonces, es posible despertar su interés por comprender aquello que se oculta bajo unos actos que le son perjudiciales.

e) A menudo, el paciente descuida utilizar recursos que verdaderamente posee, o deja de tener en cuenta alternativas que le ofrece la realidad y que podrían ser aprovechadas. Naturalmente, la confrontación es sólo el primer paso para, después, averiguar qué ansiedades e inhibiciones impiden sacar partido de todos sus recursos y posibilidades.

f) El comportamiento de algunos pacientes, tanto dentro como fuera del análisis, puede ser en ocasiones deshonesto y tramposo. Por ejemplo, el caso de un adolescente cuyo tratamiento costean sus padres y que no acude a las sesiones, al tiempo que les mantiene engañados sobre su falta de asistencia. O el paciente que actúa de forma corrupta y carente de escrúpulos en sus negocios o profesión, sin que se plantee ninguna preocupación o inquietud por su conducta. En estos casos, si el paciente se refiere a este tipo de comportamiento como si de algo intrascendente y totalmente natural se tratara, el silencio del terapeuta podría interpretarse como una complicidad y aprobación. Aun cuando no sea su misión actuar como juez, mediante la confrontación debe plantear al paciente la cuestión de si realmente se halla tan de acuerdo con sus actos, tan plena-

mente convencido de la razón que le asiste y tan en paz consigo mismo frente a su conducta como pretende creer.

En un esfuerzo de síntesis, podemos decir que las confrontaciones son intervenciones mediante las cuales el terapeuta pone de relieve, ante el paciente, algunos aspectos de su conducta o de sus asociaciones que, pese a ser de naturaleza consciente, permanecen en una especie de penumbra, como si se tratara de algo que no mereciera ninguna especial atención. Y ello siempre y cuando aquél piense que se trata de un material cuyo estudio puede aportar considerable luz en la tarea de incrementar la comprensión, en la que ambos están embarcados (Langs, R., 1973). El objetivo de la confrontación es el de estimular en el paciente el interés por la investigación de su comportamiento, acrecentar la capacidad del yo para desdoblarse en una parte que siente y otra que observa, así como permitir una más provechosa utilización de asociaciones que, de otra forma, podrían pasar inadvertidas o quedar relegadas al olvido.

Ahora bien, las confrontaciones no deben adquirir nunca el rango de instrumento predominante en la p. p. Antes al contrario, deben emplearse como preparación para facilitar y preparar el camino para la clarificación y la interpretación. Esta afirmación se debe a que la confrontación, junto a su indudable utilidad, presenta grandes limitaciones, y su excesivo empleo conduce a la notable desfiguración de una psicoterapia pretendidamente psicoanalítica. Por lo mismo que puede ser beneficioso su manejo, conviene saber cuáles son sus limitaciones, peligros y efectos contraproducentes, y a ello dedicaré algunas palabras.

Debemos tener en cuenta que la confrontación es siempre, en menor o mayor grado, directiva. De hecho, se le dice al paciente que deje de pensar y hablar como a él le parece, que se detenga y preste atención a tal o cual fragmento de su conducta o de su discurso que al terapeuta, no a él, le parece de suficiente importancia para prestarle más atención. El terapeuta, por tanto, se convierte en una autoridad que decide aquello de lo que es conveniente hablar, y esto no por vía de la interpretación, sino imponiendo directamente al paciente un tema de conversación. Ello puede alimentar la pasividad de éste, induciéndole a una actitud de libre asociación en el mal sentido del término, es decir, como una manera de llenar el tiempo con asociaciones sin orden ni concierto, esperando que el terapeuta se encargará de concretar algunos aspectos puntuales sobre lo que se está diciendo. Con lo cual también se pierde la tensión y esfuerzo de búsqueda e investigación, realizándose, tan sólo, los rasgos más manifiestos y periféricos de la comunicación.

Por otra parte, la confrontación tiene un carácter de diagnóstico y juicio de valor, en lugar de ofrecer la comprensión que corresponde a la p. p. En efecto, a través de la confrontación el terapeuta subraya que hay algo erróneo en el comportamiento o el discurso del paciente, o que existe un olvido que debe subsanarse, o que el paciente no ha tenido adecuadamente en cuenta tal o cual aspecto de su comportamiento y sus asociaciones. A consecuencia de ello, puede caerse en un perfeccionismo

formal, para el cual lo único que importa es decir las cosas tal como hay que decirlas y prestar atención a lo que el terapeuta juzga de interés. Este tipo de relación conduce, paulatinamente, a una psicoterapia directiva con muy poca presencia de la comprensión. Como en toda psicoterapia directiva, entonces, los intereses e intenciones del paciente quedan no sólo negligidos, sino también ignorados. La confrontación, en fin, allana la senda de la interpretación y dispone la mente del paciente para el *insight*, pero practicada en demasía asfixia de raíz la posibilidad de un mayor entendimiento.

El uso inmoderado de la confrontación indica la existencia de deficiencias técnicas en el terapeuta o de problemas contratransferenciales. Intentaré resumir estas dos eventualidades.

a) Las deficiencias que más habitualmente originan la sobreabundancia de confrontaciones son la incapacidad para la comprensión del significado inconsciente de los síntomas y las asociaciones, el fallo en entender la estructura mental del paciente y una mala preparación técnica para la distinción entre confrontación, clarificación e interpretación.

b) Los problemas contratransferenciales son la causa más frecuente del abuso en la práctica de la confrontación. No debemos olvidar, para entender esta afirmación, que la confrontación puede ser utilizada para facilitar la comprensión del inconsciente, pero también, como he dicho antes, para negar la misma existencia de factores inconscientes —pulsiones, fantasías, ansiedades— como motor del comportamiento y las asociaciones del paciente, así como para rechazar la posibilidad de comprensión de estos elementos a fin de modificar los sufrimientos y dificultades que se intenta aliviar. Cuando el terapeuta, por sus reacciones contratransferenciales, siente temor ante el descubrimiento de las fantasías inconscientes del paciente y frente a las respuestas transferenciales que conlleva la interpretación, tiende a manejar la sesión manteniéndola concentrada en la superficie de las comunicaciones y favoreciendo el mantenimiento de las defensas y barreras represivas. Otro factor contratransferencial importante descansa en la agresiva necesidad, por parte del terapeuta, de ejercer un fuerte control sobre el paciente, impidiéndole la libre expresión y encauzando, en todo momento, el flujo de sus pensamientos. La hostilidad contratransferencial provocada por las resistencias del paciente puede dar lugar al empleo de las confrontaciones como una forma intelectualizada de castigarle por ellas, señalándole sus «fallos» en la comunicación o en el comportamiento, o enfrentándole, de forma directa e hiriente, con supuestas deficiencias e inexactitudes.

El error contrario, o sea la falta de pobreza en el uso de las confrontaciones cuando la situación las hace aconsejables, es debido, así mismo, a dificultades contratransferenciales, generalmente centradas alrededor del miedo a lastimar la autoestima del paciente, irritarle, provocar una discusión abierta, etc. En estos casos, el terapeuta se encuentra más seguro protegiéndose detrás de confortables interpretaciones de «nivel profundo», tan abstractas y alejadas de la realidad como sea posible.

Debo advertir que no pretendo que en los ejemplos acerca de las intervenciones del terapeuta que seguirán a continuación no haya otro significado que el específicamente puesto de relieve, ni que la intervención del terapeuta no hubiera podido ser otra, de acuerdo con estos distintos significados. Pienso que en toda comunicación de un paciente existen diferentes niveles y que las intervenciones del terapeuta pueden variar según cual sea aquel que se desea abordar. En los ejemplos que expondré, por tanto, me propongo, tan sólo, mostrar lo más claramente posible un determinado tipo de intervención, pero no dilucidar todo el sentido de la comunicación del paciente. Por otra parte, no siendo éste un volumen destinado a la exposición y estudio de material clínico, mi única intención al ofrecer estos ejemplos es la de que el lector no avezado, que no ha tenido una experiencia, directa o indirecta, de las intervenciones del terapeuta en este tipo de tratamiento, pueda acercarse un poco al estilo de cada una de ellas.

Los ejemplos expuestos han sido totalmente desfigurados en sus circunstancias externas y contenido argumental, conservándose tan sólo el sentido de la comunicación y el de la intervención del terapeuta.

Transcribiré, primeramente, algunas breves muestras de confrontación.

Ejemplo n.º 1

El señor A. era un hombre de mediana edad con fuerte propensión a la negación de sus dificultades, a la racionalización y a la autojustificación. Había acudido al tratamiento a causa de sus repetidas dificultades con jefes y compañeros en los distintos trabajos que había desempeñado. Era un fumador empedernido y bebía con cierta abundancia. En el curso de una sesión en el cuarto mes de tratamiento manifestó, por vez primera, la existencia de fuertes cefaleas que le atormentaban desde hacía varias semanas. Después, pasó un mes sin volver a hablar de ellas (asistía al tratamiento dos veces por semana). Al cabo de este período de tiempo explicó que las cefaleas persistían con progresiva intensidad. El terapeuta le preguntó si había consultado con el médico a causa de estos dolores. El paciente respondió que no merecía la pena. El terapeuta le puso de relieve que no se permitía pensar en la posibilidad de sufrir alguna enfermedad orgánica que precisara un diagnóstico y tratamiento, ni tampoco en los riesgos que esta actitud de negación conllevaba. El paciente repuso que, efectivamente, no le gustaba pensar en la posibilidad de sufrir una enfermedad, ni menos en los peligros que la misma podría acarrearle. Consultó con el médico y le fue diagnosticado una grave hipertensión arterial.

En este caso, el paciente conoce los dolores que le aquejan y sabe que es posible que sean la manifestación de una enfermedad. Pero no quiere atender a ello por el temor que le inspira. Cuando el terapeuta le pone de

manifiesto su actitud de rechazo a la realidad, el paciente decide afrontarla.

Ejemplo n.º 2

La señora O. era una mujer de mediana edad que seguía un tratamiento de una sesión por semana, a causa de persistentes ataques de ansiedad. Tenía una única hija que, cuando la paciente estaba en su segundo año de tratamiento, comenzó a cursar estudios en la universidad. Durante algunas semanas, las sesiones estuvieron ocupadas en gran parte por quejas acerca de la falta de aplicación al estudio que mostraba su hija, describiendo las fuertes discusiones que sostenía con ella por este motivo y lamentándose de que, después de cada una de estas discusiones, su estado de ansiedad empeoraba. En la cuarta sesión consecutiva en la que se refirió a este tema, el terapeuta le preguntó si creía que el hecho de discutir ásperamente con su hija sobre la falta de dedicación al estudio de ésta hacía que las cosas mejoraran. Después de reflexionar unos momentos la paciente respondió que, evidentemente, no, y que por mucho que ella la reprendiera la muchacha seguía tan despreocupada como siempre respecto a sus deberes. El terapeuta le dijo, entonces, que ella estaba tomando sobre sí la preocupación que correspondía a la hija, y que se esforzaba en mostrárselo a ella con sus enfados. La paciente quedó un poco sorprendida y, tras una breve pausa, dijo que verdaderamente era ella quien se preocupaba por los estudios en lugar de hacerlo su hija, y que, cuanto mayor era su angustia e irritación, mayor era el desenfado de ésta.

Este ejemplo muestra cómo la confrontación acerca de un hecho que la paciente conoce perfectamente —que el trabajo de su hija no mejora con las discusiones— pero sobre el que no se ha decidido a pensar seriamente, la libera de ansiedades e inhibiciones en torno a este punto y pone en marcha una actitud de mayor comprensión. Por otra parte, también sirve para subrayar que, excepto en momentos de suma urgencia, la confrontación no debe realizarse tan pronto se observa una contradicción, una omisión, un dejar de lado posibles alternativas, una negación, renuncia a pensar, etc. Por el contrario, es menester aguardar y dar tiempo al paciente para que sea él mismo quien dirija su atención hacia partes de su pensamiento o su comportamiento que han sido pasadas por alto. No ha ocurrido así en este caso, pero una confrontación realizada con precipitación, la primera o segunda vez en que se planteó el problema, hubiera impedido que la paciente captara toda la realidad de la situación.

Ejemplo n.º 3

La señora Q. era una joven mujer casada. Acudió al tratamiento a causa de una intensa agorafobia que le impedía ir más allá de la acera de su domicilio si no iba acompañada de su marido o algún familiar. Con frecuencia explicaba en el curso de las sesiones que había intentado cruzar la calle, sin ir acompañada, para alejarse un poco de su domicilio, pero que ello le había sido imposible a causa de la intensa ansiedad que se presentaba cada vez que lo intentaba. En estas ocasiones, decía, andaba de un extremo al otro de la acera, repetidamente, lentamente, esperando tener un momento de valor y conseguir cruzar, hasta que por fin, descorazonada, regresaba a su domicilio. Se lamentaba de que estos momentos se veía a menudo importunada por algunos automovilistas que, deteniendo su coche, la invitaban a subir, o por algún transeúnte que requería sus servicios como si de una prostituta se tratara. Es de advertir que la señora Q. vestía de una forma más bien llamativa. Después que la señora Q. hubo repetido varias veces este relato, el terapeuta le preguntó si había pensado en la forma en que algunas prostitutas se comportan por la calle. La señora Q. reflexionó unos momentos y dijo muy sorprendida que hacían lo mismo que ella, andar de un extremo a otro de la acera, lentamente, esperando que alguien las abordara, pero que hasta entonces nunca se había dado cuenta de ello. Esta confrontación sirvió para que, posteriormente, la señora Q. pudiera entender las fantasías de prostitución que se encontraban en la base de su exagerado miedo a andar sola por la calle.

Ejemplo n.º 4

La señorita W. había iniciado el tratamiento a causa de sus dificultades para poder establecer unas relaciones amorosas, estables y satisfactorias, y llegar al matrimonio. Se presentó muy excitada a su penúltima sesión antes de las vacaciones de verano —la señorita W. tenía dos sesiones por semana— y dijo que había conocido a un hombre de quien se había enamorado perdidamente y con el cual pensaba podría llegar a comprometerse. Después de dar a conocer todos los atractivos que encontraba en su enamorado, se lamentó de que la única dificultad consistía en que él era casi treinta años mayor que ella, aunque esto no le importaba e incluso, en ciertos aspectos, lo hacía más atractivo. En la siguiente y última sesión antes de las vacaciones siguió hablando entusiasmada de este hombre, con algunas referencias de nuevo a la diferencia de edad. Entonces el terapeuta le preguntó si había pensado alguna vez cuál era la diferencia de edad que podía existir entre ella y él mismo. La paciente respondió que sí, que lo había pensado muchas veces, y que ahora se daba cuenta de que, a su juicio, era la misma que había entre ella y el hombre de quien se había enamorado. A partir de aquí se pudo examinar

con mayor fruto lo que representaba este brusco enamoramiento antes de la separación de su terapeuta.

Como hemos visto en estos ejemplos, la confrontación es un instrumento terapéutico relativamente sencillo y extraordinariamente útil cuando se aplica con razón y en el momento adecuado. Si es arbitraria, realizada a destiempo o usada abusivamente, infantiliza al paciente e impide el desarrollo autónomo de su pensamiento.

5.6.2.2. Clarificación

Si la confrontación es un instrumento terapéutico de tipo auxiliar en la p. p., la clarificación, en cambio, constituye, junto con la interpretación, un instrumento fundamental en las intervenciones del terapeuta. Ya he expuesto anteriormente los aspectos más esenciales de la clarificación. Conviene, ahora, profundizar más detenidamente en este tipo de intervención.

Como he manifestado, en la clarificación el terapeuta resume, sintetiza y subraya la comunicación del paciente, tanto en sus aspectos explícitos como implícitos. El terapeuta percibe lo esencial de la comunicación del paciente y le transmite esta percepción como en una reproducción más estilizada y cristalina de su propio pensamiento. En ocasiones, la clarificación es extremadamente sencilla. En otras algo más compleja, pero siempre tiene como característica específica que, tal como ocurre en la confrontación, no se introduce con ella ninguna idea o sentimiento que el paciente no haya expresado y que, de una u otra forma, no sea consciente o preconsciente. Gracias a ello, no se favorece la regresión transferenceal con el uso de la clarificación, pero se estimula y apremia, en cambio, la libertad y autonomía del propio pensamiento. No se ofrece con ella al paciente, tal como sucede con la interpretación, una comprensión profunda de su inconsciente. Sin embargo, tiene las ventajas de no promover complicaciones transferenciales, de ser fácilmente tolerada por casi todos los pacientes y de no producir, salvo en raras ocasiones, una intensificación de la ansiedad, todo lo cual resulta muy apreciable cuando se dispone tan sólo de una o dos, como máximo, sesiones por semana.

Para una más comprensible exposición, puede dividirse la clarificación en tres modalidades o formas principales, aun cuando, como es natural, en la práctica se mezclan y entrecruzan entre sí, haciéndose difícil, muchas veces, distinguir cuál de ellas estamos empleando. El afán didáctico empuja, casi siempre, a trazar perfiles más nitidos y precisos de los que se hallan en la práctica. Estas tres modalidades pueden situarse en una línea progresiva de menor a mayor profundidad y dificultad. Podemos denominarlas: *a)* síntesis o reiteración simple; *b)* retorno del sentimiento; *c)* elucidación o clarificación propiamente dicha, o reconocimiento de los sentimientos (Kinget, M., 1962).

Sin embargo, antes de seguir más adelante quiero recordar que la clarificación es un proceso natural en la comunicación humana y que lo realiza, sin tomar conciencia de ello, todo aquel que está escuchando a otro, en su afán por captar, entender y enterarse de aquello que el interlocutor quiere transmitirle, aun cuando en la conversación habitual o convencional este proceso queda, las más de las veces, puramente interiorizado, tan sólo para provecho de quien está escuchando. No se trata de una técnica sofisticada y creada sutilmente para su uso en la psicoterapia, sino de aprovechar, con algún refinamiento, aquello que es natural en la interacción entre dos seres humanos. No olvidemos que no hay comunicación sin la actividad organizadora y creadora de sentido de aquel que la recibe.

a) Síntesis

Esta forma de clarificación se dirige casi exclusivamente al contenido de la comunicación. En ella, se resume lo expresado verbalmente por el paciente, tanto con la finalidad de poner de relieve los aspectos más esenciales de lo expuesto, como para incitar al paciente a continuar con su comunicación. Se emplea en forma predominante cuando el terapeuta, por las razones que sean, tiene interés en que el paciente siga con su relato y prefiere hacer referencia, tan sólo, a los elementos explícitos de éste, dejando para otro momento la consideración del material implícito. Por su misma sencillez, por su matiz absolutamente no traumático para el paciente y por la aceptación y respeto que transmite por parte del terapeuta, crea una situación de serenidad que induce a una relajación de los mecanismos defensivos del yo y, por tanto, a una ampliación de la perspectiva del primero. Además, gracias a su buena tolerancia y a su absoluta neutralidad proporciona, casi de inmediato, un clima de seguridad y confianza, siendo éste uno de los objetivos que con ella se persiguen.

Tengamos en cuenta, para entender mejor sus efectos y los servicios que esta intervención puede prestar, que la comunicación verbal del paciente se halla, en gran parte de las ocasiones, muy infiltrada por las pautas y modos propios del proceso psíquico primario y que, por tanto, surge de forma relativamente repetitiva, poco cohesionada, con falta de precisión y, muy especialmente, con ausencia de la debida distinción entre lo esencial y lo secundario. Muchos de los datos se presentan de manera puramente acumulativa, sin ninguna clase de relación entre ellos. La síntesis se dirige a crear una organización en el material de la comunicación, instaurar una sistematización, diferenciar unos elementos de otros y hacer resaltar aquello que se presenta como el núcleo fundamental de la comunicación, despojándolo de la envoltura de acompañamiento que lo rodea.

Esto da lugar, en muchas ocasiones, a que el paciente tenga la impre-

sión de que se le dice algo nuevo, cuando, en realidad, el terapeuta se ha limitado a sintetizar lo escuchado.

Ejemplo n.º 5

Paciente: «Tengo que estudiar mucho, pero apruebo las asignaturas siempre a final de curso. También me queda tiempo para pasarlo bien. Tengo muchos amigos. A veces salgo con alguna chica. Mis padres son buena gente, en general me llevo bien con ellos, no se meten conmigo, el ambiente es bueno en mi casa. Bueno, me han dicho que viniera, y aquí estoy.»

Terapeuta: «Todo va bien y no hay ninguna clase de problema. Usted no ve motivo para la consulta.»

Ejemplo n.º 6

Paciente: «Como le digo, no sé qué hacer con la mala situación familiar que tengo. Con mi marido, casi no puedo hablar. Regresa de mal humor de su trabajo y se sienta a ver la televisión. No sé a quién dirigirme. He pensado que podría hablar con usted. Mis hijos tampoco me escuchan. La juventud es cada vez más difícil. Ya comprendo que tienen sus problemas y piensan en sus cosas. Mis suegros nunca me han querido, no se dan cuenta de las cosas y han malcriado a mi marido. Y encima mi familia, mis padres, me echan a mí la culpa y no se hacen cargo de nada. A mí me gusta hablar sensatamente y con normalidad, pero con mi familia esto no puede ser... y así estoy yo de mal.»

Terapeuta: «Usted considera que, en toda su familia, usted es la única persona capaz de hablar sensatamente y con normalidad, y que ello es la causa de sus problemas.»

Ejemplo n.º 7

Paciente: «Me levanto de mal humor, y no es que ocurra nada... es que no sé... En la oficina todo me da vueltas y me irrita a cada momento... no sé para qué sirve lo que hago... bastante paciencia que tienen conmigo. A veces, ni tan sólo sé de qué me preocupo. Todo esto me parece inquietante, aunque no puedo quejarme de mis relaciones en el trabajo... pero me parece que me miran como a un bicho raro... y no es verdad. Pienso en dejarlo todo y no sé por qué... me pregunto qué es lo que me pasa...»

Terapeuta: «Usted siente que sus dificultades surgen de su propio interior.»

b) El retorno del sentimiento

Esta intervención tiene, como objetivo, detectar el sentimiento y la actitud implícitos en las palabras del paciente y hacérselo saber a éste, dejándole, al mismo tiempo, en plena libertad para aceptar o rechazar esta explicación. Podemos decir que se trata de poner a la luz el fondo emocional sobre el cual tiene lugar la comunicación verbal. Tiene un carácter más dinámico que la síntesis. Ésta concentra la atención del paciente sobre lo que acaba de decir, mientras que el retorno del sentimiento tiende a que el paciente vaya más allá de lo que ha dicho explícitamente y amplíe sus perspectivas mentales, estimulando la evolución de su pensamiento al vincularlo con el sentimiento que hasta aquel momento quedaba sumido en la penumbra.

Ejemplo n.º 8

Paciente: «Seguramente usted no estará de acuerdo con todas estas ideas políticas, ya me lo imagino, en realidad no debiera ni preguntárselo... ustedes acostumbran a pensar de otro modo.»

Terapeuta: «A usted le parece que si yo no opino igual, no seré capaz de comprender lo que usted pretende decirme.»

El paciente teme que si el terapeuta no piensa como él no podrá comprenderle ni tendrá interés y consideración hacia él. El terapeuta le muestra que se hace cargo de su estado emocional.

Paciente: «Por su tipo de cultura y formación profesional, por los ambientes con los que debe relacionarse es difícil que usted piense igual que yo... esto me ocurre con mucha gente.»

Terapeuta: «Y tiene la impresión de que tal vez yo no pueda tolerar y respetar sus convicciones, y que tal vez sea mejor guardar sus pensamientos para usted.»

Paciente: «Generalmente me siento incomprendido, distinto de los otros, como si mis opiniones les sorprendieran y me encontraran extraño y diferente.»

Terapeuta: «Ahora aparece de nuevo, aquí, este sentimiento.»

Paciente: «Sí, como siempre.»

Terapeuta: «Teme que en nuestras relaciones existan los mismos sentimientos de incompreensión y rechazo que experimenta en su trato habitual con otras personas.»

El paciente desea exponer más ampliamente temas importantes y dolorosos para él, pero no se atreve por el miedo a encontrar frialdad e incompreensión en el terapeuta. Es necesario que éste recoja este sentimiento para que el temor se desvanezca y el paciente sea capaz de seguir adelante.

Ejemplo n.º 9

Paciente: «Aunque usted diga que no es así, la verdad es que usted, como psicoterapeuta, lo que intenta es hacerme cambiar a su manera, que yo piense y actúe como usted cree que es más sano... que cambie mi forma de ser de acuerdo con unas directrices de salud mental.»

Terapeuta: «Usted opina que todo lo que yo le digo se dirige a lograr que usted piense o se comporte de acuerdo con mis principios.»

Paciente: «Yo creo que no es simplemente que yo lo opine, sino que es así.»

Terapeuta: «Quiere usted decir que se trata de una realidad?»

Paciente: «Exacto... Fijese en cualquiera de las cosas que usted me dice... siempre van dirigidas a que yo piense o actúe según usted cree.»

Terapeuta: «Todo lo que usted me ha escuchado decirle tiene esta finalidad.»

Paciente: «En el fondo, aunque yo no siempre pueda demostrarlo, lo lógico es que sea así... usted habla para que yo cambie y sea de otra forma, según a usted le parece que he de ser.»

Terapeuta: «Usted no ve ningún motivo para que yo tenga otras intenciones.»

Paciente: «Efectivamente, no.»

Terapeuta: «Se trata de un punto sobre el que usted se halla totalmente convencido.»

Paciente: «Ya sé que yo no puedo adivinar sus pensamientos y que yo no soy tan sabio para saberlo todo... pero siempre que usted me habla, de una u otra forma me doy cuenta de que hay una especie de directriz, una manera de decirme, aunque sea indirectamente, veladamente, de que yo tengo que cambiar de manera de ser o de pensar y seguir la dirección que usted me marca.»

Terapeuta: «En todo lo que yo le digo piensa usted que hay esta misma intención.»

Paciente: «Sí... Claro que ya comprendo que éste es su trabajo y que esto a usted debe de parecerle absolutamente natural y lógico. Usted ve las cosas a su manera y quiere que yo las vea también. Lo hace por mi bien, naturalmente, ya digo que es su trabajo y usted intenta ayudarme a que salga de mis problemas... todos tenemos que adaptarnos a nuestro papel... no digo que usted quiera perjudicarme ni nada de esto... ni pienso que usted quiere dominarme, como a veces me ha dicho que pienso... pero usted por su trabajo, por su profesión, tiene una manera especial de ver las cosas, de mis problemas, y esto no es lo mismo que las teorías de la psicología, que son otra cosa, no es lo mismo que vivirlo. Las teorías siempre son diferentes de la realidad.»

Terapeuta: «Usted piensa que quiero ayudarle, pero que a causa de mis teorías no puedo entenderle tanto como usted mismo.»

Paciente: «Sí, claro, además, usted tiene que entender y tratar de ayudar a muchos pacientes, y no puede ponerse en el lugar de todos, y se

ve obligado a utilizar las mismas teorías y las mismas técnicas y aplicarlas a todos los pacientes, y, claro, esto no es igual que vivir las cosas por uno mismo.»

Terapeuta: «Es decir, que piensa que usted es el más indicado para comprender sus propios asuntos.»

Paciente: «Bueno, ya he dicho que yo no lo sé todo y que no tengo conocimientos especiales, pero en parte sí, estoy en mejores condiciones para saber las cosas de mí mismo y ver qué es lo que más me conviene hacer... y no es que quiera llevarle la contra, pero es que me parece natural que sea así.»

Terapeuta: «No desea llevarme la contraria, pero quiere decir las cosas tal como las piensa.»

Paciente: «Así es. Como es natural, usted también tiene derecho a pensar a su manera, es lógico que sea así, los dos somos personas diferentes.»

Terapeuta: «Quiere decir que usted ve las cosas como paciente y yo como terapeuta.»

Paciente: «Sí, exactamente. Yo soy el paciente y estoy metido en mis problemas y dificultades... y estos mismos problemas me dan una perspectiva especial de mí mismo y de las cosas que ocurren a mi alrededor y tal vez no me dejan ver bien... usted lo ve desde afuera y tiene otra visión.»

Paciente: «Por tanto, quiere decir que lo que hago es explicarle las cosas desde mi perspectiva, sin estar influido por los problemas, con más libertad.»

Paciente: «Sí, esto también es verdad.»

En este largo diálogo podemos encontrar intervenciones de tipo síntesis y otras del tipo retorno del sentimiento, y otras en las que se combinan ambos estilos. Creo que es interesante ver cómo el paciente va deponiendo su irritación y sus temores de ser perseguido y, en su lugar, se instaura una actitud más sosegada y reflexiva. Ello se consigue con una técnica muy sencilla consistente, tan sólo, en sintetizar su exposición y poner de relieve el sentimiento que la acompaña. Se trata, evidentemente, de un caso en el que, por razones diversas, el terapeuta preferiría no utilizar apenas la interpretación. Creo que puede verse cómo lo característico de esta técnica estriba en que cada intervención del terapeuta recoja y destaque con nitidez lo esencial de la comunicación del paciente, sin pretender extraer el significado inconsciente que subyace en la misma. Así, la intervención del terapeuta queda tan íntimamente imbricada en la comunicación del paciente que éste no puede rechazarla ni sentirse herido por ella (Rogers, C., 1942; Artiles, M., 1977).

c) Elucidación o clarificación propiamente dicha

En la elucidación o clarificación propiamente dicha, el terapeuta intenta informar al paciente de determinados sentimientos, deseos o ideas que, sin ser explícitamente expresados en la comunicación la infiltran y la configuran. Es decir, pone de manifiesto elementos psíquicos que no se anuncian directamente en las palabras del paciente, pero que pueden ser razonablemente deducidas de ellas y del contexto que las envuelve (Kinget, M., 1962). Al decir razonablemente quiero significar que, contrariamente a lo que ocurre en la interpretación, no se trata de elementos inconscientes que escapen a las posibilidades de conocimiento del sujeto y que, por tanto, requieran forzosamente la intervención especializada del terapeuta para ser puestos a la luz, sino de elementos pre-conscientes de los cuales el paciente podría, en condiciones adecuadas, llegar a disponer por sí mismo. De hecho, sin embargo, la elucidación se halla mucho más próxima a la interpretación que la síntesis y el retorno del sentimiento, ya que incluye elementos psíquicos relativamente alejados de la percepción consciente del paciente y, por tanto, es susceptible de provocar un rechazo o dar lugar a sentimientos penosos. El esfuerzo de comprensión e interés por la investigación que se le demanda al paciente es, así mismo, mayor que en las dos primeras formas de clarificación que he descrito, y a las que podemos considerar como formas menores. Es muy posible que el contenido de la elucidación no sea reconocido por el paciente y que tropiece con la oposición de los mecanismos de defensa por cuanto, pese a no tratarse de material inconsciente propiamente dicho, puede hallarse muy vinculado a él y despertar ansiedad por esta causa. Al mismo tiempo, no me cabe duda de que en toda interpretación dirigida a desvelar las fantasías inconscientes del paciente existen, también, aspectos propios de la elucidación.

Ejemplo n.º 10 (se trata de la misma paciente del ejemplo n.º 2)

Paciente: «Me siento extraordinariamente desilusionada con el comportamiento de mi hija. Parece que vivamos en domicilios aparte. Entra y sale de casa sin prácticamente dirigirme la palabra, a no ser que me necesite para algo, como para pedirme dinero. No me dice nada de sus proyectos ni de la marcha de sus estudios. A veces, parece como si fuéramos completamente extrañas la una para la otra y viviéramos a kilómetros de distancia. Pues bien, de acuerdo, si ella no me tiene en cuenta para nada yo tampoco la tendré en cuenta a ella, y bien seguro que seré yo la que saldré ganando con esta situación... ella es la que verdaderamente necesita de mí, pero yo no de ella... yo ya tengo mi vida y mi situación profesional encaminadas y establecidas... ya veremos lo que será de ella, no me interesa.»

Terapeuta: «Las relaciones con su hija se le hacen tan dolorosas que a

usted le parece que ha de protegerse con la indiferencia y el distanciamiento para no sufrir más.»

Ejemplo n.º 11

Paciente: «Tal como le he dicho otras veces, mi suegra es realmente insoportable y me siento terriblemente angustiada cuando vamos a comer o a pasar la tarde con ellos. Ella y su marido, mi suegro, hablan y hablan... se apoderan de la palabra en el primer momento y ya no la dejan, cuando se esta con ellos uno ya puede olvidarse de expresar las propias opiniones y decir las cosas como a uno le parezca.»

Terapeuta: «Se siente totalmente anulada cuando está con sus suegros.»

Paciente: «Si... esto es, totalmente anulada... y mi marido, en cambio, parece que no se da cuenta de nada... él está encantado y le parece muy bien todo lo que su madre dice.»

Terapeuta: «Esto es, precisamente, lo que la hace sufrir y lo que más le irrita, la actitud de su marido.»

Paciente: «Naturalmente, a cualquiera le pasaría lo mismo.»

Terapeuta: «Se siente tan enojada y dolida que le parece que sería imposible que alguien no se sintiera igual.»

Paciente: «Claro, alguien que tuviera un marido que tratara mejor a la madre que a una misma, que a la esposa.»

Terapeuta: «Esta es la cuestión que usted siente como verdaderamente penosa e intolerable.»

5.6.2.3. Interpretación

5.6.2.3.1. Naturaleza de la interpretación transferencial en la psicoterapia psicoanalítica

Interpretar es explicar al paciente el sentido inconsciente de sus manifestaciones verbales y de su comportamiento. Al hablar de la transferencia he subrayado que la esencia de la técnica analítica es la interpretación de la transferencia. La interpretación transferencial es el instrumento básico de la técnica psicoanalítica, hasta el punto de que todas las otras intervenciones no han de tener más finalidad —preguntas, confrontaciones o clarificaciones— que la de preparar el camino a la interpretación transferencial. La teoría y la técnica de la interpretación en psicoanálisis son asuntos extraordinariamente frondosos y dilatados. Quien por ellas se interese debe consultar las obras y trabajos especializados.

Dado que me estoy ocupando de un tema de aplicación psicoanalítica, sin embargo, expondré algunas consideraciones que faciliten el entendimiento de la naturaleza de la interpretación y su uso en la p. p.

El paciente se relaciona con el analista como lo ha hecho con toda persona con la que ha tenido trato a lo largo de su vida, es decir, proyectando sobre él su objeto arcaico para introyectarlo transformado en éste y, de tal manera, recomenzar incansablemente el conflicto básico. Sin embargo, dada la conducta del analista y su actitud permisiva dentro del marco psicoanalítico, queda incorporado como un objeto distinto del superyó primitivo. A través de la interpretación, el analista consigue romper el círculo vicioso conflictivo al lograr que el paciente se percate de la diferencia entre el objeto arcaico y la figura actual del objeto, el analista. Éste no permite que se le confunda con el objeto arcaico y reintroyectado como tal, sino que, con la interpretación, muestra la distancia que existe entre él mismo y éste, y preserva su propia posición. Ésta es la llamada interpretación «mutativa», la cual abre brecha en las perturbadas relaciones objetuales del paciente. Gracias a ello, el paciente introyecta un nuevo objeto y, al hacerlo, se produce un cambio en su mundo interno que, a su vez, originará una modificación en la percepción del mundo externo, ya que la siguiente proyección será menos distorsionada, más acorde con la realidad del analista (Strachey, J., 1969; Rosenfeld, H. A., 1972; Etchegoyen, H., 1983). De todas maneras, debe tenerse en cuenta que, en cualquier momento, el paciente puede confundir al analista con el objeto arcaico si aquél actúa de forma inadecuada o no interpreta correctamente, dado que tan sólo la conducta y la interpretación apropiadas son las que evitan la confusión hacia la que tiende sin cesar el paciente para convertir al terapeuta en uno de sus objetos arcaicos, bueno o malo. Dice Strachey que la mejor manera de evitar esta confusión con el objeto arcaico reside en que el analista se aleje de la realidad tanto como le sea posible a fin de permitir que el yo del paciente pueda distinguir la fantasía de la realidad. Esta aparente paradoja de Strachey, añade Etchegoyen, sólo en apariencia es una paradoja, ya que si el terapeuta se muestra como una figura real apartándose del puesto que, como analista, ha de ocupar dentro del encuadre (*setting*) terapéutico, se aparta de la verdadera realidad de su trabajo. Sabemos que en estos casos se trata de una actuación del analista debido a sus problemas contratransferenciales.

Las últimas ideas que he expuesto enlazan con una cuestión crítica, la de si el analista cura por lo que dice, lo que interpreta, o por lo que es (Nacht, S., 1962; Segal, H., 1962; Klauber, J., 1972; Rosenfeld, H. A., 1972; Etchegoyen, H., 1983). Cito esta disyuntiva porque se plantea muy frecuentemente en el campo del psicoanálisis y de la p. p. De acuerdo con lo que he expuesto hace unos momentos al describir la interpretación mutativa, como también cuando me he referido a la transferencia y a la contratransferencia, queda claro que, en mi opinión, el terapeuta cura por lo que dice, por lo que interpreta. Otra cosa es si nos referimos a las psicoterapias de apoyo, sugestivas, etc. Pero es que además, y éste es el punto álgido del asunto, creo que el planteamiento que se hace cuando se insiste en la curación no por la interpretación sino por el cómo se es, por la

personalidad, es falso, porque el analista muestra cómo es justamente a través de la interpretación. Desde el punto de vista analítico no cabe, por tanto, distinguir entre lo que el analista es y lo que dice. Volveré sobre esta cuestión dentro de unos momentos. Pero ahora quiero señalar que, tal como ya he expuesto en el párrafo anterior, si el analista muestra su realidad de otra manera que no sea con las adecuadas intervenciones verbales, quedará confundido con el objeto arcaico del paciente, ya que éste, entonces, no es capaz de distinguir la realidad de la fantasía. Y esto es de suma importancia en la práctica de la p. p. ya que en ella el terapeuta debe acercarse de una u otra manera a la realidad externa del paciente, en sus intervenciones dirigidas a que éste consiga manejarla de modo acorde con sus necesidades y recursos. A causa de ello, se halla siempre bordeando el peligro de ser introyectado como un objeto arcaico y quedar envuelto, por tanto, en el conflicto primitivo en el que se debate el paciente. Por la naturaleza misma de la p. p. a que antes me he referido al hablar de las características diferenciales de este tipo de tratamiento, se trata de un riesgo ineludible que ha de afrontar el terapeuta. Esto trae a la mente la aseveración —sobre la que yo no me pronuncio— por parte de algunos psicoanalistas, de que es más difícil llevar a cabo una buena p. p. que un psicoanálisis.

Para su mejor comprensión, me interesa relacionar ahora el tema de si el terapeuta cura por lo que dice o por lo que es con otra importante cuestión, la del pasado y presente en la interpretación, es decir, interpretación del pasado *versus* interpretación del aquí y del ahora (Rallo, J. y Torras, E., 1985). Lo que se preguntan Rallo y Torras es si es la interpretación de lo que se ha olvidado lo que da sentido a lo actual, o si es la interpretación de lo actual lo que confiere un significado a lo pasado. Y la respuesta a la que llegan es la de que en el psicoanálisis lo que se interpreta es la transferencia, lugar de interacción entre el pasado y el presente. Podemos decir, por tanto, que en la interpretación se intenta traer a la conciencia, a la vez, el pasado y el presente, dado que, según estos autores, el pasado está presente en el empeño por restablecer en la transferencia, mediante el uso de la identificación proyectiva, una versión externalizada de los conflictos pretéritos. Ahora bien, el punto que yo quiero ahora mostrar, vinculado a esta cuestión del pasado y el presente en la interpretación, es el de que si el paciente —en análisis o en p. p.— puede ser ayudado por la interpretación es a causa de que hay una experiencia de su pasado que se hace presente en su relación con el terapeuta, y sin la cual las palabras de éste no podrían tener efecto por correctas que fueran desde un punto de vista técnico. Y esta experiencia del pasado que revive en la interpretación es la función del objeto, es decir, la función de la paternidad y la maternidad que el paciente incorporó en las primeras etapas de su vida, y que ha de ser integrada en el presente de la interpretación para que ésta pueda ser efectiva. Naturalmente, la interpretación no puede actualizar aquello que, por las causas que sean, no constituyó una vivencia en el pasado.

Decía al intentar sintetizar la esencia de la interpretación que, mediante ella, el terapeuta muestra que él no es el objeto arcaico que el paciente le proyecta, sino un objeto real que no se deja colocar en el lugar de tal objeto arcaico y que preserva su propia situación. Alguien que escucha, comprende, contiene, elabora las ansiedades que le son proyectadas y explica aquello que el paciente necesita saber para organizar su mente y que no puede saber por sí mismo sin la ayuda de alguien que satisfaga, con un comportamiento y un lenguaje adecuados, estas necesidades. Lo que ahora quiero decir es que este objeto real ha existido alguna vez, pese a que fuera distorsionadamente introyectado debido a las proyecciones del bebé. De lo contrario, éste no habría podido sobrevivir. O, si la función no hubiera sido reconocida en grado suficiente, habría devenido un psicótico grave. Por esto, sabemos que aquellos pacientes que en su primera infancia han sufrido separaciones graves, abandonos, enfermedades, pérdidas, carencias afectivas, etc., es decir, situaciones traumáticas que les han impedido incorporar las funciones de paternidad y maternidad de los objetos extraen limitados beneficios del psicoanálisis o de la p. p., porque la interpretación, por más ajustada y correcta que sea, no puede hacer revivir aquello que nunca ha existido, es decir, una relación de objeto con predominio del amor y de las tendencias reparadoras.

Desde otra perspectiva, también podemos decir que la interpretación integra el presente con el pasado porque, además de ser un símbolo, es un signo (Rycroft, C., 1956 y 1958). Basó esta afirmación en el hecho de que la interpretación cumple la tarea simbólica de comunicar ideas y pensamientos, pero tiene también un valor de signo a través del cual transmite la función del terapeuta, la cual es la única cosa que el paciente ha de conocer de éste. Y tal conocimiento consiste en saber que el terapeuta trabaja para hacer de la relación entre ambos una relación real y no ilusoria; relación real que estriba en estar con el paciente, escucharle y comprenderle, todo lo cual es una función —o una actitud— y la comunicación de funciones o actitudes se hace por signos y no por símbolos. Mi idea es que por idónea que sea la interpretación en su nivel simbólico —el contenido de la explicación que se le ofrece— no será reconocida por el paciente si no es el signo, a la vez, de la actualización presente de unas funciones del objeto que fueron incorporadas en el pasado y que, en este momento, constituyen el más firme y confiable soporte de la interacción paciente - terapeuta. Quiero subrayar, para evitar confusiones, que con todo esto no pretendo decir que el terapeuta haya de presentarse como un buen objeto, sino como un objeto real que no se deja transformar en el objeto arcaico, y que puede ser experimentado como suministrador de ayuda y vida porque, en su infancia, el paciente incorporó un objeto que cumplió estas funciones.

5.6.2.3.2. La interpretación en la psicoterapia psicoanalítica

Si, como he dicho, la intervención específica y básica en el psicoanálisis es la interpretación transferencial, no ocurre lo mismo en la p. p. Y, aun en los casos en los que se recurre a la interpretación transferencial, ésta ha de poseer unas características que la diferencien de la interpretación transferencial en el psicoanálisis. En la p. p. hemos de distinguir, en mi opinión, dos tipos de interpretaciones, la psicodinámica y la transferencial. La interpretación psicodinámica puede considerarse como equivalente a la interpretación que en psicoanálisis llamamos extratransferencial, pero dada su mayor importancia en la p. p. y por otros motivos que más adelante expondré, prefiero reservar este término específico, ya que la denominación de extratransferencial me parece más adecuada para significar el carácter esporádico y meramente auxiliar de este tipo de interpretación en el tratamiento psicoanalítico.

Mediante la interpretación psicodinámica, intentamos dar a conocer al paciente aquellos procesos mentales inconscientes que dirigen y condicionan tanto sus relaciones con aquellos otros seres humanos con los que mantiene alguna forma de relación, como su comportamiento, deseos, ideas e intereses. A través de ella, el paciente debe hacerse consciente de la vinculación existente entre sus ansiedades, defensas contra las mismas y fantasías inconscientes, por una parte, y sus dificultades en el trato con sus semejantes, en su trabajo, en su situación familiar, en la orientación de su vida, etc., por otro. Por su propia naturaleza, no se trata de una interpretación basada en la experiencia del aquí y ahora, pero puede, como aclararé dentro de un momento, enlazarse con ella. Su mayor riesgo es el de quedar limitada a una mera intelectualización que obra tan sólo por vía sugestiva (Glover, E., 1931). Sin embargo, yo creo que se trata efectivamente de un riesgo, importante, pero sólo de un riesgo, no de algo que fatalmente tenga que ser así, de manera que su efecto sea, siempre y únicamente, el sugestivo. Y ello, por las razones que intentaré detallar a continuación.

Mi convicción es la de que no existen interpretaciones total y absolutamente extratransferenciales. En otras palabras, no creo en la posibilidad de interpretaciones que puedan juzgarse como plenamente intelectuales y desvinculadas por completo del aquí y el ahora. En primer lugar, ya he dicho al hablar de la transferencia que ésta es universal, que las reacciones transferenciales se producen no sólo en la situación analítica, sino en todas las relaciones de los seres humanos, y que lo específico de la terapéutica psicoanalítica no es la existencia de la transferencia, sino el uso que se hace de ella. Desde esta perspectiva, todos los impulsos, sentimientos y fantasías del paciente hacia personas, actividades o cosas se hallan impregnados de elementos transferenciales. Es decir, también frente a estas personas, cosas y actividades se desarrolla la transferencia, no sólo hacia el terapeuta. Y esto tanto en el sujeto que se halla en tratamiento como en el que no lo está. Por tanto, si todas las relaciones

del paciente con su mundo circundante están profundamente infiltradas de emociones transferenciales, todas las intervenciones del terapeuta son, aun sin que éste lo pretenda y aun sin que lo sepa, transferenciales, pese a que en ellas no se mencione para nada las relaciones paciente - terapeuta. Porque, de una u otra manera, también indirectamente se muestra en la interpretación que aquellos seres humanos con los que el paciente se vincula no son el objeto arcaico que en ellos proyecta para involucrarlos en su conflicto básico sino que tienen su propia realidad, y así puede reintroyectarlos más de acorde con ésta y producir una ruptura en sus repetitivas pautas emocionales. Lo mismo puede decirse en cuanto a actividades, cosas o formas de comportamiento que, en el inconsciente del paciente, representan aspectos parciales de los objetos primarios o fantasías ligadas a éstos.

Pero aún hay otra razón para suponer la no existencia de interpretaciones absolutamente extratransferenciales. En el apartado destinado a transferencia ya he puesto en claro que no es posible hablar de comunicaciones transferenciales y comunicaciones no transferenciales por parte del paciente, ya que las asociaciones del paciente no se realizan en el vacío de un aislamiento relacional, sino que se producen en el aquí y ahora del trato con el terapeuta y a él van dirigidas. Por tanto, si toda la comunicación es transferencial la interpretación de ellas no puede dejar de serlo dentro de los límites que sean.

Con todo lo que llevo dicho, no quiero negar la presencia de diferencias fundamentales e incontrovertibles entre las interpretaciones que yo llamo psicodinámicas y las interpretaciones transferenciales en sentido estricto. Lo que sí quiero decir es que, a mi juicio, las interpretaciones denominadas extratransferenciales son sólo parcialmente extratransferenciales. A fin de cuentas, paciente y terapeuta, en el psicoanálisis como en la p. p., se hallan irremediabilmente inmersos en un océano de emociones transferenciales y contratransferenciales, y nadie puede sumergirse en las aguas y permanecer seco. En resumen, las interpretaciones que juzgamos extratransferenciales lo son tan sólo comparativamente a las plena y totalmente transferenciales que son las que, como dardos disparados por la ballesta contratransferencial, se dirigen certeras al corazón del conflicto básico reproducido en la relación paciente - terapeuta.

Otra cuestión es la que se refiere a las interpretaciones propiamente transferenciales en la p. p. Es decir, aquellas en las que intencionalmente y de una manera explícita se ponen de manifiesto, en toda su dimensión, las fantasías del paciente dirigidas hacia el terapeuta. Existe diversidad de pareceres frente a este tema. Algunos opinan que en la p. p. no deben utilizarse las interpretaciones transferenciales, mientras otros creen que es necesario emplearlas (Esteve, J.O., 1984). Personalmente, creo que es posible interpretar la transferencia en la p. p., dentro de las normas técnicas adecuadas en este tipo de tratamiento. El asunto requiere varias matizaciones. En primer lugar, decir que es posible interpretar la transferencia en la p. p. no quiere decir que ello pueda ni deba hacerse en

toda p. p. Ya he dicho, desde un principio, que existen niveles muy diferentes de p. p. Depende del nivel en el que el terapeuta quiera y pueda trabajar, el que se halle indicada, o no, la interpretación de la transferencia.

Es evidente que, para la utilización de las interpretaciones transferenciales, se requieren unos presupuestos mínimos de capacidad de comprensión por parte del paciente y una formación adecuada del terapeuta. Ahora bien, la interpretación transferencial en la p. p. ha de tener unas características específicas propias del marco en el que se realiza y no debe ser confundida con la interpretación transferencial tal como se emplea en el psicoanálisis.

Al hablar de la transferencia me referí a la regresión del *self* y a la regresión del objeto que se produce en ella. La interpretación transferencial en psicoanálisis se centra en la relación que el *self* infantil del paciente mantiene con el analista identificado, en su mente, con el objeto regresivo. Y, en muchas ocasiones, no con este objeto como una totalidad, sino con aspectos parciales del objeto tal como fue vivido por el bebé. La interpretación transferencial en la p. p., en cambio, nunca ha de efectuarse a nivel de objeto parcial o de figura combinada, ni de objeto dividido en objeto bueno y objeto malo, ni de funciones aisladas. Debe realizarse siempre a nivel de objeto total y señalando, de una forma suficientemente clara, las diferencias entre los sentimientos y fantasías irreales que el paciente dirige al terapeuta y la verdadera relación real que existe entre ellos. El terapeuta ha de dedicar un vigilante cuidado en mantener la reacción transferencial dentro de unos límites moderados y en evitar la regresión. Deben ser subrayados los sentimientos preconcientes que dirige el paciente hacia el terapeuta, más que las fantasías inconscientes. Al mismo tiempo, esta referencia a la relación entre uno y otro y a la vivencia del aquí y ahora han de ser vinculadas, expresamente, con las experiencias del paciente en contacto con su realidad exterior. Así mismo, debe patentizarse, cuando se observe, el paralelismo entre el dentro y el afuera de la sesión, y señalar cómo lo que sucede en esta situación interaccional paciente - terapeuta es la reproducción, en unas condiciones controladas y fácilmente observables, de las pautas de comportamiento y relación que utiliza el primero en su trato con el mundo exterior. Yo creo que el tema primordial de la interpretación transferencial en la p. p. —la cual tiende a limitar la regresión transferencial, no a estimularla— ha de consistir en lograr que el paciente perciba claramente que aquello que le está ocurriendo con el terapeuta es lo mismo que le acontece en su comportamiento habitual y que da origen a gran parte de sus dificultades. Desde este punto de vista, las interpretaciones psicodinámicas a las que antes me he referido pueden ser engarzadas con este tipo de interpretaciones transferenciales, evidenciándose la similitud entre las relaciones del paciente con el terapeuta y aquellas que mantiene, de una forma menos ostensible tal vez, con las personas de su entorno.

Los niveles de interpretación son tan diversos y son tantas las mane-

ras de formular este tipo de intervenciones, que para obtener una perspectiva razonable de este instrumento técnico es preciso acudir a los volúmenes expresamente dedicados al estudio de casos clínicos, así como a la asistencia a reuniones y seminarios en los que se lleve a cabo el seguimiento y supervisión de tratamientos psicoterapéuticos. Sin embargo, ofreceré algunos ejemplos a fin de que el lector sin experiencia en esta materia pueda adquirir alguna noción de las diferencias existentes entre la interpretación y las otras intervenciones verbales en la p. p. He escogido fragmentos en los que, sin conocimiento previo de las características peculiares del caso, sea posible entender la conexión entre la comunicación del paciente y la intervención del terapeuta.

Ejemplo n.º 12 (varón; dos sesiones semanales)

Paciente: «Hay una cosa que me ha preocupado mucho. X (un amigo) a quien vi anteaer se ha afiliado a la secta C. Es increíble, está obligado a una serie de ritos y de normas de conducta muy duras y difíciles. Es una secta incomprensible y extraña. Toda su vida quedará hipotecada por todo el cúmulo de obligaciones que ha de cumplir todos los días. No entiendo cómo podrá compaginar esto con el trabajo. Es realmente, como si estuviera prisionero, aunque pueda salir a la calle y, en apariencia, trabajar como la otra gente. Pero esta libertad sólo es una apariencia. Creo que X no está bien de la cabeza, esto es una enfermedad. El sábado, a la hora de la cena, lo estuve comentando con mis padres y hermanos. Me vieron tan preocupado que todos me dijeron que era cosa de él, que yo no tenía por qué preocuparme tanto. Tienen razón, es extraño lo que me preocupa este asunto... no es cosa mía... Por la tarde lo había comentado con Z (su novia). Y también me había dicho lo mismo, que no entiende por qué me angustio tanto. Tenía muchas ganas de contárselo a usted... como una cosa que me afecta a mí. Quisiera hacer algo por X.»

Terapeuta: «Cuando me habla de X se está refiriendo, también, a un aspecto de usted mismo que siente en mal estado, enfermo, un aspecto que siente que se halla aprisionado por sentimientos y fantasías que desconoce por el momento, que le son extraños y que coartan su crecimiento y desarrollo. Quiere comunicármelo para que pueda ayudarlo a liberarse de estas amenazas y prohibiciones internas que le mantienen prisionero y que le obligan a un comportamiento que muchas veces usted siente como incomprensible.»

Ejemplo n.º 13 (el mismo paciente en la siguiente sesión)

Paciente: «A propósito, el sábado vi a X. Intenté discutir un poco con él, pero fue inútil. Me fui a casa muy disgustado y volví a hablar de ello

con mis padres, y otra vez me dijeron que lo dejara correr. Por la noche tuve un sueño muy largo y extraño. Yo estaba en un campo de concentración, con mucha otra gente... gente joven, como yo. Había muchos guardianes muy violentos y agresivos. Yo decidía escaparme. No sé cómo pero me encontraba corriendo y los guardianes venían detrás de mí... era muy largo, corría mucho y pasábamos por muchas calles y pueblos... pero tenía la impresión de que cada vez me alejaba más de los guardianes y al final ya no estaban. Parecía que había conseguido escaparme. Entonces llegaba a un pueblo... había una plaza grande y bien iluminada, y allá había mucha gente que me estaban esperando, y todos me felicitaban. Ya no recuerdo más. No sé si el final del sueño coincidió con el despertar... mi madre vino a despertarme, los domingos me despierta muchas veces si tardo demasiado en levantarme. El sueño no me angustió. Aunque había esto del campo de concentración y de la persecución no estaba angustiado, más bien tranquilo, y al final muy contento, todo había acabado bien. Me acuerdo que en el sueño corría de una manera extraordinaria, me sentía fuerte y bien, todo parecía fácil.»

Terapeuta: «Está usted muy inquieto porque siente que hay en usted un espacio mental lleno de violencia y agresividad que es un impedimento para su libertad. En el sueño quiere salir de esta situación. Sin necesidad de entender nada ni saber cómo, puede escapar de la prisión de los peligros de su propio interior. Se siente fuerte y bien por ser capaz de solucionarlo con tanta facilidad.»

Paciente: «...Bueno, en realidad el buen humor no me duró mucho, ya he dicho que mi madre vino a despertarme, no sé si había acabado de soñar o no, pero me enfadé mucho con mi madre... quería seguir durmiendo, la mandé a paseo, le dije que me dejara en paz... es pesadísima con esto de despertarme los días de fiesta cuando yo quiero seguir durmiendo... Bueno, ahora ya vuelvo a estar preocupado.»

Terapeuta: «Cuando ha oído mis palabras le ha parecido que yo le despertaba, que volvía a enfrentarle con su realidad. Lo que me dice es que prefiere seguir soñando aquí, creer que puede resolver lo que hay dentro de su mente imaginando que escapa y que ya está todo resuelto... y que por mi culpa tiene que abandonar este estado de bienestar, despertar y darse cuenta de cuál es su verdadera situación. Esto le pone de mal humor.»

Ejemplo n.º 14 (varón; una sesión por semana)

Paciente: «...Hay algo en lo que me parece que he cambiado... me preocupan mucho las dos sesiones que he faltado en este mes sin ningún motivo justificado... me produce pena pensar en ello... antes no me preocupaba por esto... además, tampoco tengo derecho a hacerle perder a usted el tiempo así... otras personas podrían utilizar el tiempo que yo desaprovecho de esta manera, cuando lo pienso me da vergüenza... mu-

cha gente que lo necesita estaría contento de tener esta oportunidad que yo tengo y que desperdicio... es una injusticia.»

Terapeuta: «Siente que está cometiendo una injusticia para con usted mismo; hay algo en usted que necesita el tiempo que puedo ofrecerle y que lo desea, pero con su actitud de no aceptar las oportunidades que le ofrezco impide que este deseo y esta necesidad puedan ser satisfechos.»

Paciente: «No sé por qué, ahora he tenido la impresión de que tal vez me iba a anunciar que podría recibirme dos veces por semana en lugar de una.»

Terapeuta: «Ha sentido que, si puede atender a las demandas de sus propias necesidades y darse cuenta de la injusticia con que se está tratando a usted mismo, tendrá más oportunidades de recibir algo que le ayude, que entonces yo también podré hacer algo más por usted.»

Ejemplo n.º 15 (varón; dos sesiones por semana)

El paciente habla largamente de las muchas tareas que ha de llevar a cabo y lo cansado que se siente a causa de ello: «...En realidad me parece, que ya no puedo con tantas cosas... estoy tan cansado que todo me es difícil... y ahora me viene a la memoria lo mucho que me cuesta pensar qué cosas le he de decir a usted para tener la impresión de que hago bien la sesión, y lo mucho que me cuesta recordar después lo que usted me ha dicho para tenerlo en cuenta y no olvidarlo en mi comportamiento.»

Terapeuta: «En la medida en que transformá la relación conmigo en una situación para cumplir unas reglas determinadas y ajustarse a lo que yo digo, entonces ya no hay comprensión de ninguna clase y en lugar de ayuda sólo encuentra otra carga más, que debe añadir a las que ya tiene.»

Paciente: «Sí, es verdad... lo que no entiendo es por qué me he de empeñar siempre en transformar la sesión en este tipo de relación, sin necesidad ninguna, porque usted nunca me ha impuesto la obligación de hablar de nada determinado, ni me ha dicho que deba obedecerle en nada... no lo entiendo... ahora me viene a la memoria otra vez aquello que le expliqué el otro día, aquel hombre que vi en el metro y que parecía enfermo mental, hablando y gesticulando... ya le dije que me dio una mezcla de angustia, miedo y lástima muy grandes, de vez en cuando pienso en él, es como si no me lo pudiera sacar de la cabeza. No me gusta ver estas cosas. No sé por qué me ha venido ahora.»

Terapeuta: «Usted se preguntaba por qué se esfuerza en transformar la relación conmigo en una cuestión de cumplir obligaciones en lugar de entender. Es porque le parece que así se ahorra ver lo que no le gusta, aquello penoso, inquietante, extraño que piensa que puede haber en usted. Le parece que si cumple todas las obligaciones ya no tiene que preocuparse en ver y reconocer lo que no le agrada.»

Paciente: «Ya me doy cuenta de que necesito mucho hablar de estas cosas aquí, porque a veces entiendo lo que usted me dice y parece que

puedo coger el hilo de lo que me va explicando, pero después parece que todo desaparece y vuelvo otra vez a convertir el venir aquí en un deber que tengo que cumplir, decir cosas y hacer lo que me parece que usted dice que haga. Lástima que la semana próxima sea fiesta uno de los días de visita. Las interrupciones me perjudican mucho, siempre me parece que por una cosa u otra hay interrupciones, aunque en realidad no hay tantas, usted siempre me está esperando, no falta nunca, sólo cuando hay algún día de fiesta o en las vacaciones.»

Terapeuta: «Usted siente que hay interrupciones en su mente, porque aun cuando yo no falte y le esté esperando, usted me convierte muy frecuentemente en alguien que, en lugar de explicar e informarle acerca de usted, impone obligaciones, alguien a quien obedecer. Ésta es la interrupción de la oportunidad para comprender, la interrupción de mi función de ayudarle a entender que usted provoca en su relación conmigo.»

Ejemplo n.º 16 (varón; dos sesiones por semana)

Paciente: «...Es extraño, tenía muchas ganas de venir, he tenido que superar bastantes dificultades para no retrasarme y poder llegar a tiempo... parecía que todo se ponía en contra. Y ahora que estoy aquí resulta que no tengo nada que decir, me quedo sin saber de qué hablar y como si nada me importara. (Continúa después de unos minutos de silencio.) Ayer y esta mañana he tenido unos problemas de cierta gravedad... He hablado con dos cargos ejecutivos de la empresa... y no podía entender la cuestión que se planteaba ni sabía qué resolución tomar, todo quedaba extraño y confuso... finalmente me he dado cuenta de que lo que ocurría es que ellos se contradecían entre sí, cada uno de ellos decía cosas distintas a las que me había explicado el otro, los datos y las orientaciones eran distintos, y, como es natural, con esto no había forma de entenderse. Por lo menos, ahora que ya veo lo que está pasando tengo el recurso de acudir al director de la empresa y pedirle que él integre toda la información que me han dado.»

Terapeuta: «Siente que existen actitudes distintas y contradictorias en su interior. Está interesado en acudir a la sesión y, a la vez, hay algo en usted mismo que se opone a este deseo y le impide poder comunicarse conmigo. Le desorienta la presencia de estas dos actitudes contradictorias, pero se da cuenta de ellas y piensa que puede pedirme que yo le ayude a aclararlas e integrarlas entre sí.»

5.6.3. El silencio del terapeuta

Ya he dicho anteriormente que el terapeuta debe dejar que sea el paciente quien inicie la sesión expresando libremente aquello que desea, y quien oriente el curso del diálogo de acuerdo con los pensamientos y

sentimientos que sienta necesario enunciar. Para que ello sea posible, ha de guardar silencio al principio de la sesión, a fin de no coartar la libre espontaneidad del paciente, y es necesario que permanezca callado durante muchos momentos de la sesión, para permitir que éste vaya desarrollando su pensamiento. Y debe romper este silencio tan sólo para brindar intervenciones claras, concisas y concretas. Mientras calla, el terapeuta escucha, observa e intenta comprender al paciente. La observación y la comprensión han de incluir, desde los aspectos formales de la comunicación, hasta el mensaje inconsciente que, con el contenido y estilo de la misma, tono de voz, mímica, comportamiento y gestos, el paciente quiere hacerle llegar. El terapeuta ha de captar, durante su silencio, el estímulo traumático, la respuesta adaptativa al mismo, el funcionamiento del yo, los mecanismos de defensa, las fantasías inconscientes, etc. También ha de saber tolerar, en silencio, su propia incapacidad para entender y los sentimientos y fantasías que el paciente le provoca, tal como ya hemos visto en el apartado destinado a la contratransferencia. El terapeuta queda callado hasta que es conveniente que hable (Langs, R., 1973). Y entonces interviene verbalmente para confrontar al paciente con un aspecto de su comunicación, para ofrecerle una clarificación de su relato o para interpretar el sentido inconsciente que subyace al mismo. El silencio del terapeuta es, por tanto, una premisa indispensable para el trabajo de ambos participantes. Cuando existen problemas contratransferenciales no entendidos ni resueltos, el terapeuta puede sentirse incapaz de mantenerse en silencio y tolerar las proyecciones del paciente y la ansiedad que la falta de comprensión puede provocarle. Y entonces actúa, y lo hace interviniendo verbalmente en exceso, sin saber realmente qué es lo que tiene que decir ni qué utilidad extraerá el paciente de sus palabras. Interviene como una forma de calmar su ansiedad, agredir al paciente o protegerlo. En estos casos, el terapeuta no se halla capacitado para seguir tratando al paciente, y si con la adecuada supervisión por parte de otro terapeuta con mayor experiencia no puede dilucidar sus dificultades contratransferenciales, debe remitirlo a otro especialista.

Pero el silencio tiene otra connotación. Es, también, una forma de intervención, ya que con él comunica algo al paciente. Le comunica su disponibilidad, su atención, su tolerancia, su actitud exenta de crítica y su esfuerzo por comprender. Con el silencio transmite al paciente la necesidad de que él, autónomamente, despliegue su pensamiento, intente observarse y comuniqué el fruto de esta observación. El silencio hace saber al paciente que la relación entre uno y otro ha de mantenerse a cierta distancia, no como una situación convencional, y que es preciso soportar cierto grado de frustración destinada a estimular la tensión investigadora, a incitar a la constante búsqueda de nuevas perspectivas y a la indagación de la propia situación mental. En los casos de intensa agresividad verbal por parte del paciente, de intentos de seducción o marcada hostilidad, el silencio puede servir como forma de expresar la capacidad del terapeuta para aguantar estas embestidas y continuar en su

esfuerzo de comprensión, sin sentirse impulsado a descargar la ansiedad o la irritación con precipitadas intervenciones verbales.

Naturalmente, los errores técnicos y problemas contratransferenciales también pueden ser comunicados con el silencio impropio en los momentos en los que el terapeuta debería intervenir verbalmente. Así, el silencio puede ser utilizado agresivamente por el terapeuta como forma de infligir una frustración y un castigo al paciente, demostrarle su irritación, su desprecio, su superioridad y su enojo por sus palabras o comportamiento. También puede el silencio revelar la necesidad del terapeuta de defenderse de sus ansiedades, de la agresividad o de la excitación que pueda ocasionarle el paciente. En ocasiones, frente a una actuación, un comportamiento francamente deshonesto o destructivo, etc., el silencio es un grave error técnico, ya que el paciente puede interpretarlo como una aprobación por parte del terapeuta. Para dar un ejemplo sencillo, si el paciente describe algún tipo de conducta a través de la cual perjudica a otras personas, saca provecho de otros con trampas o con engaño, etc. y el terapeuta tan sólo escucha, aquél tendrá la impresión de que sus artes y astucia han logrado seducirle y convertirlo en su cómplice.

Existe otro aspecto del silencio al cual se tiene poco en cuenta y que quiero mencionar aquí. Me refiero al silencio como respeto a los aspectos adultos, maduros y autónomos del paciente. Creo que el terapeuta puede hacer uso del silencio para mostrar al paciente que reconoce aquello que de maduro y sano hay en su personalidad, y sobre lo cual él no tiene nada que decir. Hacerlo significaría una intromisión en la intimidad, la libertad y la independencia de otro ser humano. Cuando el paciente despliega su pensamiento con espontaneidad, sin distorsiones ni defensas, de acuerdo con su realidad interna y externa y en búsqueda de la verdad, el terapeuta, respetuosamente, calla. Lo mismo en cuanto a las descripciones o relatos que el paciente realiza de su comportamiento sincero y constructivo. Por ejemplo, puede ser materia de intervención las descripciones del comportamiento sexual, o fantasías eróticas, de tipo infantil y perverso, pero el comportamiento sexual propio de la vida adulta y sana del paciente no debe ser objeto de ningún comentario.

5.7. La utilización de los sueños en la psicoterapia psicoanalítica

Los sueños ofrecen motivo para una clara distinción entre psicoanálisis y psicoanálisis aplicado. Dicho de una forma resumida, los sueños aportados en el curso de la p. p. deben ser comprendidos por el terapeuta desde la perspectiva psicoanalítica, pero no deben ser interpretados psicoanalíticamente, y el terapeuta debe guardar para sí esta comprensión, a fin de realizar la aplicación correspondiente a las características propias de la técnica psicoterapéutica. Evidentemente, creo que no es conveniente que el relato de los sueños ocupe una parte importante del tiempo en la p. p. Un paciente al que se ve una vez por semana no debe pasar la

sesión hablando de sus sueños. Aquí deben recordarse los principios de focalización de la entrevista a la que me he referido en el capítulo 4. Por otra parte, el nivel en el que se trabaja en p. p. no es el apropiado para poder profundizar en el examen de los sueños del paciente. Normalmente, si la actitud del psicoterapeuta es clara en este aspecto, el paciente lo comprenderá sin necesidad de prohibiciones ni limitaciones explícitas. Cuando en la p. p. un paciente inunda la sesión repetidamente con sus sueños, debemos pensar que existe algún error en la técnica o un problema contratransferencial por parte del terapeuta.

Como es natural, los sueños no deben ser rechazados ni ha de hacerse caso omiso de ellos. Siempre han de ser considerados como una asociación más, no como «un sueño». Dicho de una manera un tanto coloquial, lo que no debe hacer el terapeuta, con sus palabras o con su actitud, es dar a entender algo así como: «esto es un sueño, vamos a interpretar lo que quiere decir este sueño»; lo cual, por cierto, es lo que pretende el paciente. Este desea, por lo menos en parte, que el terapeuta se detenga a examinar su sueño y a «analizarlo», en lugar de ocuparse de él, de sus propósitos al comunicar el sueño y de cómo espera que reaccione él mismo ante su relato. En lugar de esto, el terapeuta debe enlazar el sueño de forma inextricable dentro del contexto en que es descrito, y recibirlo como formando parte integrante de las asociaciones en cuyo conjunto es enunciado. Es decir, creo que no debe dársele ningún trato especial que lo distinga del resto de la comunicación. Lo cual, además de su indudable utilidad para una mejor comprensión del paciente, tiene la virtud de evitar la presencia excesivamente abundante de sueños.

Lo que especialmente debe ser tenido en cuenta es que los sueños y su comunicación son una expresión netamente transferencial. Así, dice J.O. Esteve (1985): «Mi criterio... es que no puede hablarse de interpretación de los sueños como objetivo específico, sino que relatar los sueños, explicarlos en la sesión, forma parte de la transferencia.» Aun cuando el trabajo de Freud sobre los sueños conserva todo su valor, la técnica psicoanalítica actual aconseja renunciar al intento de interpretarlos desvinculados de la transferencia. Esta modificación de la técnica marcha paralela al cambio en el concepto de la transferencia y de la contratransferencia tal como he puesto de relieve en el capítulo 3. Actualmente, la transferencia no es percibida como un resto del pasado, sino como «una externalización en el presente inmediato de la situación interna para ser estudiada como realidad psicológica» (Esteve, J.O., 1985). En la p. p. el terapeuta deberá comprender el sueño a la luz de estas modernas perspectivas psicoanalíticas y, al mismo tiempo, procurar, en la interpretación, integrarlo con las fantasías conscientes e inconscientes del paciente en torno a sus transferencias colaterales y las experiencias reales en las que se halla inserto.

5.8. Las respuestas del paciente a las intervenciones del terapeuta

5.8.1. Las respuestas de confirmación o de rechazo

En todas y cada una de las sesiones, el paciente comunica mientras el terapeuta escucha. En un momento determinado, el terapeuta interviene y, de una u otra forma, el paciente responde a la intervención del terapeuta. Las palabras del terapeuta han sido una variable introducida en una situación determinada: el conflicto básico del paciente y su reacción ante el estímulo traumático que desencadena un esfuerzo de adaptación. La introducción de la variable debe dar lugar a una modificación de la situación. Esta modificación se expresa a través de la respuesta del paciente. Ella, por tanto, nos da la clave para la validación de la intervención. En principio, puede pensarse que, si la intervención del terapeuta ha sido acertada y ofrecida en el momento oportuno, la respuesta del paciente señalará una modificación de tipo favorable para su estado mental: en síntesis, un aumento en el conocimiento de su mundo interno que se traducirá en una reorganización de sus relaciones consigo mismo y con los otros. Sin embargo, en la práctica las cosas no son tan fáciles, y dentro y fuera del paciente intervienen muchas fuerzas que hacen ardua la labor de calibrar el valor de la intervención. Pese a estas dificultades, sin embargo, la respuesta del paciente es el único instrumento que poseemos para apreciar lo adecuado o inadecuado de la intervención del terapeuta y el impacto que ha producido en aquél. Podemos, por tanto, hablar de respuestas que confirman la validez de la intervención del terapeuta, de ausencia de dichas respuestas y de respuestas que indican que la intervención ha sido errónea.

Podemos distinguir las respuestas confirmatorias inmediatas, que son las que tienen lugar dentro de la misma sesión en la que se ha producido la intervención o en las directamente sucesivas, y las mediatas, que se presentan de manera gradual y lenta, en ocasiones tras intervalos de tiempo prolongados (Langs, R., 1973).

Deben distinguirse tres clases de respuestas confirmatorias inmediatas.

a) Como es natural, la respuesta confirmatoria más elemental es la directa manifestación del paciente de estar de acuerdo con lo que el terapeuta le ha explicado, de darse cuenta de que ha entendido algo que hasta aquel momento permanecía confuso para él, etc. Infortunadamente, aun cuando el terapeuta debe considerar atentamente este tipo de respuesta, no ha de dar por supuesto que las cosas sean así. Por muchas razones, que ya hemos visto al hablar de las formas de relación paciente-terapeuta, el primero puede sentir la necesidad de agradar al terapeuta, seducirle, engañarle, someterse a él, formar una pareja idealizada sostenida sobre una mutua gratificación, presentarse como un paciente perfecto, etc. Todo lo cual se reduce, en esquema, a un objetivo primordial: pervertir la relación de manera que su finalidad de desvelar la realidad inte-

rior quede tergiversada y puesta al servicio de la evitación del dolor mental que puede suponer el descubrimiento de la verdad. En los casos en los que el terapeuta queda prendido en esta clase de engaño, se produce una colusión entre uno y otro que inutiliza totalmente las posibilidades del tratamiento.

b) Aparición de material que hasta el momento había permanecido reprimido. Puede tratarse de fantasías, recuerdos infantiles o sueños con nuevos significados.

c) Verbalización de material que no se hallaba reprimido, pero que hasta el momento había sido omitido. Aparecen asociaciones más frescas, puntos de vista nuevos, sentimientos no expuestos hasta entonces, mayor espontaneidad en el fluir de las asociaciones, acrecentando interés en la adquisición de comprensión, etc. También aquí pueden haber respuestas engañosas que aparentan modificaciones y cambios inexistentes; su verdadera finalidad es la de proteger las defensas, neutralizar la capacidad incisiva de las intervenciones del terapeuta y mantener fuera de su alcance las áreas mentales especialmente secretas y dolorosas. Por esto es extremadamente importante que el terapeuta calibre, de continuo, las respuestas del paciente a sus intervenciones. Para una justa estimación de las mismas, es de todo punto necesario que utilice esta valoración tan sólo en beneficio del paciente, no como una gratificación de su propio narcisismo.

Como es natural, la desaparición de los síntomas que han llevado al paciente al tratamiento puede ser un buen índice de efectividad de las intervenciones. Sin embargo, de nuevo aquí las apariencias suelen ser engañosas. La desaparición o alivio de los síntomas es, a menudo, una «huida hacia la salud» que tiene como finalidad evitar todo intento de esclarecimiento. El paciente puede sentirse amenazado por la situación de examen y acercamiento a su realidad interna en la que le coloca el marco del tratamiento, así como por las intervenciones del terapeuta y, como consecuencia de la ansiedad que esto le origina, abandona la formación de compromiso que son los síntomas para buscar otras pautas de defensa. A fin de cuentas, no debemos olvidar que los síntomas son una protección contra la ansiedad provocada por los conflictos internos, y si esta protección se ve en trance de quebrarse o desaparecer, el sujeto busca otro tipo de salvaguarda.

En algunas ocasiones, el paciente se muestra en desacuerdo, inicialmente, con la intervención del terapeuta. Sin embargo, aquí ocurre lo mismo que con las manifestaciones de aceptación, pero al revés. El hecho de que el paciente se muestre, en un principio, en desacuerdo no es suficiente para dar por sentado que la interpretación es errónea. Es muy frecuente que, a causa de que la intervención ha sido acertada, el paciente se sienta impactado y enfrentado con alguna situación dolorosa y provocadora de ansiedad, y su primera reacción es, entonces, rechazar las palabras del terapeuta, querer cerrar los ojos a aquello que se le muestra y por lo cual se siente herido y asustado. Es muy posible que, más adelan-

te, aparezcan nuevas actitudes, modificaciones de la situación mental o asociaciones que muestran que la intervención fue acertada. Naturalmente, es también muy posible que la negativa del paciente a aceptar la intervención esté muy bien fundada, y el terapeuta ha de estar muy alerta a estas indicaciones del paciente para poder corregir sus propios errores. Nunca, por tanto, el terapeuta debe intentar convencer al paciente, argumentar y discutir con él si éste se halla en desacuerdo con lo que se le explica. El terapeuta ha de respetar la opinión del paciente, esperar y observar atentamente para comprobar si la marcha posterior del proceso confirma su intervención o subraya su error. De todas maneras, quiero insistir en que el terapeuta precisa siempre estar revestido de una fuerte dosis de humildad, ya que, dentro de ciertos límites, si el paciente rechaza la interpretación es que ha habido un error. Un error que puede referirse al contenido de la intervención; un error en cuanto al momento en que ésta se ha realizado; un error en cuanto a la formulación con la que se ha ofrecido; o un error en cuanto al nivel de profundidad que se pretendía alcanzar.

5.8.2. La reacción terapéutica negativa

Merece especial atención un tipo de respuesta a las intervenciones que se vienen denominando, desde Freud (*El yo y el ello*, 1923), «reacción terapéutica negativa». Según Freud, consiste, en esencia, en un empeoramiento del paciente cuando el analista le habla de manera esperanzadora o manifiesta satisfacción por sus progresos. Dice Freud a este respecto que hay pacientes que reaccionan de una manera muy peculiar consistente en que todo aquello que debería mejorarlos produce en ellos una exacerbación de los síntomas, de manera que empeoran durante el tratamiento en lugar de mejorar. Freud utilizó el concepto clínico de la reacción terapéutica negativa para introducir la idea de un sentido inconsciente de culpa asociado con un aspecto de la estructura mental, al que denominó superyó. Puede considerarse que en los pacientes con tal tipo de reacción los síntomas y perturbaciones que les aquejan se hallan destinados a aliviar sus inconscientes sentimientos de culpa, de manera que todo intento —la interpretación del terapeuta— de eliminarlos o reducirlos es sentido como algo que amenaza con producir un incremento de estos dolorosos sentimientos. De acuerdo con las ideas de Freud, el hecho de verse libres de sus síntomas representaría, para estos pacientes, la gratificación de inconscientes deseos infantiles que se sienten prohibidos por instancias internas.

Es evidente que hoy día el problema no se plantea de esta forma, puesto que en la actualidad ningún analista hablaría «esperanzadoramente» a su paciente ni expresaría satisfacción por sus progresos, sin duda por el temor a que tal intervención pueda despertar sentimientos de culpa aún no suficientemente elaborados en el analizado (Begoïn, F. y Begoïn,

J., 1979). A efectos prácticos, podemos referirnos a una reacción terapéutica negativa cuando, tras una intervención que razonablemente puede ser considerada como correcta y acertada, el paciente empeora en lugar de mejorar. Por su parte, J. Riviere (1936) relaciona la reacción terapéutica negativa con el miedo del paciente a que cualquier progreso en el análisis y en la vida le pondrá en contacto con sus atacados y deteriorados objetos internos, y que ello despertará intolerables sentimientos de culpa y dolor. Por tanto, Riviere también centra la reacción terapéutica negativa en el sentimiento de culpa, pero su explicación difiere de la de Freud, ya que éste juzga la reacción terapéutica negativa como expresión de la culpa, mientras que para Riviere se trata de una defensa contra la culpa.

En la línea del pensamiento kleiniano, H.A. Rosenfeld (1971a y 1971b) muestra, clínicamente, que existen formas de reacción terapéutica negativa en las que un omnipotente y arrogante aspecto del *self* ataca envidiosamente al analista y a la parte del *self* más sincera que se permite ser ayudada por el analista. En este tipo de pacientes la parte infantil del *self* es dominada por una omnipotente y despreciativa parte del *self* que se siente en posesión de una narcisística autosuficiencia. M. Klein (1957) señala la importancia del ataque envidioso al analista como el componente central de la reacción terapéutica negativa.

Podemos también pensar que nos hallamos ante una reacción terapéutica negativa cuando observamos una secuencia de comportamiento en la cual un reconocimiento tácito o explícito de progreso es seguido por un empeoramiento del estado del paciente y un ataque abierto o camuflado contra el analista (Spillius, E., 1979).

En mi opinión, las reacciones terapéuticas que encontramos en el curso de la p. p. se encuentran, indudablemente, ligadas a los factores de envidia y omnipotencia descritos por M. Klein y su escuela. Pero, por las características especiales de este tratamiento, estas reacciones se presentan fuertemente entrelazadas con los avatares y peripecias de la relación del paciente con sus circunstancias ambientales. Más concretamente, con aquellas dificultades de su adaptación a la realidad externa que son la causa del tratamiento. Estas dificultades constituyen un reflejo de los conflictos intrapsíquicos. Pero, a la vez, son el índice de un delicado y sutil equilibrio establecido entre dos zonas del paciente, su mundo externo y su mundo interno.

El mundo externo es el escenario en donde pueden ser actuadas las fantasías inconscientes, tanto para ser gratificadas como para representar en él su represión o inhibición. Así, por ejemplo, los fracasos pueden servir para disminuir los sentimientos inconscientes de culpa, o para satisfacer el masoquismo. La excesiva agresividad hacia el objeto puede expresarse, como reacción defensiva, por una inhibición de la curiosidad y del deseo de saber, etc.

Cualquier cambio en una de estas dos zonas repercute de inmediato en la otra. Se trata de un equilibrio entre dos sistemas, el del mundo

externo y el del mundo interno. Los esfuerzos del terapeuta por llevar al paciente a una comprensión de cómo sus fantasías internas influyen y limitan su libertad en el mundo externo pueden ser sentidos como una amenaza a la estabilidad penosamente conseguida. Ante ella, el paciente puede responder renovando sus esfuerzos por descargar y compensar sus ansiedades en el mundo circundante, con actuaciones que dan lugar a un empeoramiento de sus síntomas y de sus problemas con la realidad externa que le rodea.

LA FASE FINAL DEL TRATAMIENTO

6.1. Objetivos y metas frente a la terminación del tratamiento

Para poder abordar la terminación del tratamiento, el terapeuta ha de tener claro cuáles son los objetivos del mismo y, por tanto, cuándo y hasta qué punto puede considerarse que estos objetivos han sido alcanzados en un grado suficiente como para poder dar el tratamiento por finalizado. O cuándo, por el contrario, el tratamiento deberá ser interrumpido por imposibilidad de lograr, aunque sea en un nivel mínimo, las metas propuestas. Al llegar a este punto debemos enfrentarnos con la delicada cuestión de qué es lo que el terapeuta intenta conseguir para el paciente. Tanto en psicoanálisis como en la p. p., ha sido clásico y tradicional pensar que un tratamiento exitoso ha de dar lugar a una modificación manifestada por unos aspectos muy determinados, tales como: normalización sexual; liberación de la agresividad constructiva; ajuste de las aspiraciones a las posibilidades del sujeto y a la realidad; capacidad de conducirse previniendo los afectos alejados de la conducta; facilitación de las relaciones con los demás; abandono de las actitudes exageradamente conformistas o destructivas; conciliación entre las fuerzas creadoras y las fuerzas conservadoras, etc. (Lagache, D., 1963). En la p. p. la mejoría se suele concretar en el hecho de que el paciente sea capaz de superar las dificultades con la realidad externa o frente a su propio comportamiento que le han conducido a solicitar ayuda.

Como ya he dicho antes en el apartado destinado a la caracterización del proceso analítico, creo que estos objetivos corresponden a un criterio de «mejoría» basado en los valores culturalmente asumidos por el terapeuta, el cual, por válidos e incuestionables que los juzgue, no ha de tratar de imponerlos, ni ha de conducir el tratamiento de manera que tenga como finalidad que el paciente asuma el estilo de vida y la escala ética que ha adoptado él mismo. Su única meta ha de ser la de que el paciente aprenda a pensar, a dialogar consigo mismo sin recurrir a engañarse para evitar el sufrimiento que puede comportar el descubrimiento

de la verdad y le sea posible, por tanto, conectar con su realidad interna. Naturalmente, también acerca de esta cuestión hemos de utilizar la experiencia psicoanalítica para aplicarla, en lo que sea conveniente y con las oportunas modificaciones, al quehacer psicoterapéutico.

En el estado actual del psicoanálisis, cobra cada día más cuerpo la idea de que la meta central del tratamiento es la búsqueda de la verdad interna, y que los criterios clásicos de «cura», para juzgar el momento de la terminación del mismo, han de ser abandonados en favor del propósito de que el paciente adquiera la capacidad de continuar, autónomamente, el doloroso aprendizaje que ha iniciado con la ayuda del terapeuta, a fin de que se acerque lo más estrechamente que pueda a su íntima realidad y le sea factible conocer su verdadero *self* y desechar su falso *self* (Grinberg, L., 1980). La meta última del análisis ha de ser la de que éste se constituya en un proceso «interminable», en el sentido de que «llegue un momento en que el paciente pueda continuarlo por sí mismo a través de todas las experiencias de su vida» (Freud, S., 1937). En palabras de L. Grinberg, lo que debe terminar es tan sólo la relación entre el analista y el analizado, es decir, el ciclo de la interacción dinámica entre uno y otro, lo cual permitirá al analizado alcanzar un nuevo punto de partida desde el cual pueda continuar, por sí mismo, el control y desarrollo de su crecimiento y maduración mental. Es decir, la relación psicoanalítica termina cuando el proceso psicoanalítico ha sido incorporado por el analizado. Señala L. Grinberg que la fase final del análisis se halla estrechamente vinculada a la adquisición del *insight* y que éste, además de su sentido de hacer consciente lo inconsciente, incluye los conceptos fundamentales para la obtención de cambios duraderos en la personalidad, a través de la capacidad de discriminación entre el mundo interno y el externo, con la consolidación del principio de realidad y la disminución de la omnipotencia y de las actividades sujetas al principio del placer.

En la p. p. la terminación del tratamiento no viene forzosamente señalada por el hecho de que el paciente supere determinados obstáculos, aunque debemos respetar sus deseos en este sentido y ayudarle con la comprensión que podamos ofrecerle. Pero el terapeuta ha de tener mucho cuidado en no considerar esta superación como la meta feliz del tratamiento. Lo único que debe proponerse el terapeuta es que el paciente vea, lo más claramente posible, lo que hay de verdad en estos deseos de hacer frente a determinadas dificultades, cuáles son sus fantasías inconscientes y las pautas de funcionamiento mental que perturban el despliegue de su pensamiento, cuáles las defensas que emplea para seguir ignorando su realidad interna y hasta dónde alcanza la responsabilidad que le pertoca en el desenvolvimiento de su existencia. Si logra acercarse a este propósito —como es natural, nunca alcanzado totalmente— el paciente se hallará en condiciones de decidir por qué derroteros ha de orientar su vida. El único valor que ha de presidir el proceso terapéutico es el amor a la verdad (Freud, S., 1937). Pero éste es un valor que ha de ser puesto al descubierto por parte del terapeuta desde el momento de las primeras

entrevistas, un valor que forma parte del pacto concertado y que ambos han aceptado, por principio, en el momento de iniciar el tratamiento.

6.2. Limitaciones e insuficiencias del tratamiento

Tanto si los objetivos que el terapeuta y el paciente tenían en la mente en el inicio del tratamiento corresponden al modelo clásico de desaparición de los síntomas, capacidad para tolerar la frustración, para amar y ser amado, etc., como si la meta fijada ha sido acercarse al máximo a la desnuda y pura verdad interior, en ningún caso, cuando se aborda la fase final del tratamiento, estos propósitos han alcanzado su total y plena culminación. En unas ocasiones los logros, sin embargo, pueden considerarse aceptablemente satisfactorios, pero, en otros, la distancia que media entre aquello que razonablemente cabía esperar y el punto adonde se ha llegado es suficientemente amplia como para que ambos protagonistas tengan muy presente en su mente las frustraciones, limitaciones e insuficiencias con que se ha saldado el proceso. Y, pese a todo, éste debe terminar. La p. p. es algo que se juega en el tiempo. No puede prolongarse indefinidamente ni constituirse —salvo en algunos casos excepcionales de pacientes psicóticos— en una perpetua pieza protésica para sostener al paciente en su andadura por la vida. La no consecución de los fines programados no es razón suficiente para alargar el tratamiento una vez éste ha dado de sí todo lo que podía. La necesidad de dar por acabado el tratamiento, sin haber llegado a un resultado acorde con los deseos de uno y otro, es especialmente frecuente en los siguientes casos:

a) Cuando la gravedad del paciente es mucho mayor de lo que en un principio se presuponía. Son muchos los sujetos que, gracias a unas féreas defensas, consiguen mantener una apariencia de discreta normalidad, presentando al exterior tan sólo algunos síntomas clínicos o moderadas dificultades de adaptación a la realidad. Sin embargo, tras la coraza defensiva se esconde un mundo interno profundamente alterado, con ansiedades psicóticas de las que siente que necesita a toda costa defenderse. Las resistencias permanecen inalterables o se refuerzan cuando las intervenciones del terapeuta alcanzan a rozar algún núcleo conflictivo. Naturalmente, estas resistencias pueden adoptar diversas formas a las que ya me he referido en otros momentos: sumisión, establecimiento de una relación sadomasoquista, actuaciones repetidas, rechazo de todas las interpretaciones o, por el contrario, aceptación aparente de las mismas sin ninguna clase de comprensión, etc. En ocasiones, en estos pacientes se llega a una desaparición de los síntomas más aparentes, pero al precio de ser substituidos por otros más encubiertos y sin que se produzca un cambio esencial en su estructura. En ocasiones, la aparente mejoría es obtenida a costa de un sometimiento a lo que se supone son los deseos del terapeuta, con abandono de la libre iniciativa. Así, por ejemplo, un paciente con comportamientos sexuales promiscuos y perversos puede

renunciar totalmente a su vida sexual para cumplir con lo que cree que son las «reglas» de su terapeuta, aplacarle y evitar tener que hacerse cargo de aquellos aspectos de su funcionamiento mental que éste intenta explicarle. Otras veces, estos pacientes consiguen una mejor adaptación al conjunto de sus circunstancias internalizando el modelo que para ellos representa el terapeuta y ajustando su conducta a la propia de este modelo. Lo cual, por cierto, no es desdeñable cuando no se puede lograr otra cosa. Se trata, por tanto, de pacientes con una patología excesivamente pesada para que sea posible un cambio muy substancial a través de la p. p. Frente a ellos hay dos posibilidades. Una es la de dar por buena la pequeña mejoría sintomática o ciertos cambios favorables del comportamiento que puedan haberse alcanzado. La otra, si las condiciones generales y las individuales del paciente lo aconsejan, proponer un tratamiento psicoanalítico que pueda proceder a una plena remodelación estructural.

b) A veces, el tratamiento ha sido iniciado con pacientes cuyas motivaciones —como ya he mencionado al hablar de las mismas— son totalmente insuficientes o erróneas. Puede tratarse de pacientes que han sido forzados a someterse al tratamiento por presiones familiares o ambientales, o para justificarse ante sí mismos y ante los otros. También puede haber condicionado la demanda de tratamiento la idea de que a través de él se alcanzaría un grado envidiable de invulnerabilidad, seguridad, confianza indestructible en uno mismo, etc. Esta demanda de idealización no concuerda, en absoluto, con el trabajo de observación, búsqueda y comprensión propio de la p. p. y conlleva el fracaso de ésta.

c) Aunque el terapeuta debe estar muy alerta en no utilizar las circunstancias externas como un argumento para justificar la falta de evolución y cambio en un paciente, lo cierto es que éstas ejercen siempre una importancia considerable. Es indudable que el paciente no acude al tratamiento por el mero placer de la investigación y el conocimiento, aunque éste sea un factor importante para el desarrollo propicio de la p. p. El paciente apela a la ayuda del terapeuta con la esperanza de lograr la resolución de determinados conflictos, de superar ciertas dificultades, de poder franquear determinados obstáculos que se oponen al cumplimiento de sus designios y a la consecución de una vida razonablemente satisfactoria, etc. La comprensión obtenida en el tratamiento no es únicamente un valor en sí mismo, sino en la medida en que aprovecha para que el paciente pueda orientar y gobernar su vida con el mayor grado de libertad posible, una vez removidas las ansiedades, inhibiciones y mecanismos defensivos que le impedían el uso pleno de sus recursos. No siempre, por otra parte, es necesario trasladar en acción el *insight* conseguido. En muchas ocasiones, la comprensión demandada al tratamiento ha de ser puesta al servicio no de una conducta destinada a modificar el mundo del entorno, sino simplemente de dotar al paciente de una mayor capacidad de serenidad y bienestar frente a determinadas situaciones o elementos de la realidad exterior. Pero cuando esta realidad es excesivamente dura, frustrante, amenazadora, carente de posibilidades de gratificación y

reducida a tan estrechos límites que no es posible desplegar entre ellos los nuevos conocimientos adquiridos, no es de extrañar que los resultados conseguidos no sean muy brillantes o que deban considerarse como únicamente parciales. Lo mismo cabe decir de las propias circunstancias personales del paciente: edad, mal estado físico, falta de recursos o habilidades que le permitan insertarse en el seno de la sociedad en condiciones no inferiorizantes, etc.

En conjunto, pues, unas malas circunstancias externas o pobres condiciones personales pueden dar lugar a un tratamiento de escasos frutos. Sin embargo, tampoco esto es fatalmente cierto. Hoy día, existen sobradas experiencias de tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en presos, en pacientes afectados de enfermedades mortales y en ancianos con muy mal estado somático que nos permiten comprobar que, incluso cuando la realidad personal o del entorno es sumamente desfavorable, el conocimiento de la verdad y el acercamiento al *self* auténtico pueden otorgar al paciente un importante grado de crecimiento mental y un deseable estado de sosiego y ecuanimidad frente a las más adversas situaciones (Kübler-Ross, E., 1968 y 1975; Nemiroff, R.A. y Colarusso, C.A., 1985). Una paciente de Kübler-Ross, que fue tratada los cuatro últimos meses de su vida, antes de su muerte por cáncer, dijo, cerca ya de su fallecimiento, que había vivido más en este tiempo que durante todo el resto de su vida.

d) La incompatibilidad entre paciente y terapeuta, así como los problemas contrarreferenciales de este último, pueden restringir el desarrollo del tratamiento. Ya he dicho que no todo terapeuta sirve para todo paciente. Algunos terapeutas, por ejemplo, son incapaces de responsabilizarse de pacientes con ideologías muy contrarias a las que sustentan ellos mismos y que les despiertan irritación, hostilidad o agresividad. En otras ocasiones, los problemas emocionales del paciente repercuten con excesiva intensidad en los puntos ciegos y los conflictos neuróticos del terapeuta, despertando en este una fuerte ansiedad que perturba la adecuada comprensión, y, por tanto, la evolución del tratamiento.

e) Existen otras muchas causas que dan lugar a un proceso terapéutico limitado e insuficiente. Entre ellas, podemos encontrar el temor a la terminación del tratamiento, vivida en la fantasía como una completa interrupción de los lazos con el terapeuta, la cual conllevará la soledad y el abandono. Naturalmente, en estos casos se trata de pacientes que no han interiorizado ni las palabras del terapeuta ni la función otorgadora de diálogo y comprensión que éste intenta inculcar. Para ellos, la relación permanece en un nivel periférico y de simple instrumento utilitario. El terapeuta es, tan sólo, alguien que escucha, que está interesado en lo que el paciente comunica, y este interés es vivido como una señal de esperanza, como la demostración de que en el propio interior no todo está perdido y arruinado, sino que en él pervive algo lo suficientemente valioso como para que el terapeuta esté dispuesto a escucharlo y hacerse cargo

de ello. Es decir, lo que importa no es lo que el terapeuta explique, sino su disponibilidad, su respeto y su atención que contrarrestan los propios sentimientos de desánimo y de empobrecimiento mental. Entonces, la sesión terapéutica se halla totalmente confinada a sus límites temporales. No tiene más validez que su propia duración en el tiempo. Si nada se interioriza, ni las palabras ni la función dialogante del terapeuta, en cuanto termina la sesión termina todo. Y, por ello, las sesiones tienen que repetirse indefinidamente, ya que cada una de ellas es —en esencia— igual a las otras: alguien que escucha, soporta y da alientos al paciente. En estas condiciones, el tratamiento ha de permanecer estancado. Pero, además, el paciente intenta asegurar y hacer inamovible este estancamiento, ya que, para él, terminar el tratamiento es perder toda la ayuda, aunque parcial y poco prometedora, de que dispone. También el temor invencible del paciente a que sean exploradas determinadas áreas de su mente, a causa de la fantasía de que tanto él como el terapeuta se verán invadidos y anegados por una ansiedad irresistible, puede dar lugar a esta detención en la marcha del proceso. En el mismo sentido actúa el predominio de reacciones terapéuticas negativas movidas por el odio y la envidia a la capacidad de comprensión del terapeuta. Conduce también al bloqueo del proceso la incapacidad de soportar el dolor mental que puede acompañar el descubrimiento de la verdad.

El terapeuta debe permanecer alerta para captar cuando se ha alcanzado la máxima mejoría posible en un tratamiento, aun en el caso de que los resultados obtenidos estén muy lejos de los deseables, ya sea por incapacidad y limitaciones de uno o ambos protagonistas, por dificultades externas graves, o por haberse llegado a una situación de estancamiento insalvable. Al arribar a este punto, debe hacer saber al paciente el estado de la cuestión para que, entre ambos, tomen una determinación. La primera de ellas, como es natural, será la de examinar los factores que ejercen una acción obstructiva, a fin de intentar una esclarecimiento de los mismos y reanimar la marcha del proceso. Si esto no es posible, debe plantearse la terminación del tratamiento, aun cuando no se hayan alcanzado los objetivos esperados. Continuarlo más allá de sus posibilidades, no sólo no aporta ningún beneficio al paciente, sino que puede causarle serios perjuicios. La prolongación de un tratamiento en estas condiciones estimula las tendencias regresivas y de dependencia del paciente, a expensas de su autonomía y capacidad de crecimiento. Además, merma su confianza en sí mismo y su autoestima. Y, lo que es peor, alimenta la fantasía de una alianza tramposa con el terapeuta en la cual, implícitamente, ambos se ponen de acuerdo para escenificar una apariencia de tratamiento dirigido a dejar las cosas tal como están. Con ello, se cierra el camino para reanudar la relación terapéutica en otro momento, en mejores condiciones o con otro terapeuta más apropiado para este caso determinado.

6.3. El planteamiento de la terminación del tratamiento

Una vez el tratamiento ha alcanzado sus objetivos dentro de los límites razonables y no idealizados, o bien se ha mostrado incapaz de acercarse más a ellos, debe procederse a plantear la terminación del mismo y decidir la fecha en que ello se llevará a cabo. Son cuestiones difíciles y complejas la de quién —el paciente o terapeuta— ha de introducir el tema de la terminación del tratamiento, y la de cuál de los dos ha de decidir la fecha de este final. Las opiniones de los autores no concuerdan en este punto y, por otra parte, cada tratamiento ofrece matices y peculiaridades muy individuales que hacen poco fiable la generalización. De acuerdo con el modelo médico que, quierase o no, impregna parte del psicoanálisis y de la p. p., hasta el momento ha predominado la idea de que es el terapeuta quien debe responsabilizarse de este asunto, aunque generalmente se intenta paliar esta idea con el añadido «de común acuerdo con el paciente», etc. A causa de ello cuando es el paciente quien toma la iniciativa suele hablarse de actuación o de interrupción del tratamiento, contraponiendo interrupción, como una manifestación de las resistencias, a terminación, como algo realizado con el visto bueno del terapeuta. Es decir, que la opinión y la práctica más corrientes son las de que en este asunto debe escucharse la voz del paciente, pero que, en último término, la opinión autorizada del terapeuta es la que debe prevalecer.

Por mi parte, ya he dicho que considero que por el bien del paciente el terapeuta debe hacer saber a éste cuándo considera que, por las diversas razones a que antes me he referido, no es posible avanzar más hacia las metas propuestas, o que el tratamiento ha quedado fijado en un estancamiento del cual no es posible arrancarlo si no se produce un cambio substancial en la interacción paciente - terapeuta. Pero ha de quedar bien entendido que esto no es lo mismo que decidir la terminación del tratamiento ni, mucho menos, fijar una fecha para la misma. El terapeuta, desde mi punto de vista, expone una situación que debe ser comentada y examinada y que, evidentemente, estimulará diversos sentimientos y fantasías en el paciente, tanto conscientes como inconscientes, que habrán de ser objeto de estudio. Decir esto no creo que sea ninguna sorpresa, puesto que es misión del terapeuta tener informado al paciente en todo momento de cuál es su situación mental. No mediante explicaciones de tipo teórico o intelectual, por cierto, pero en cada intervención del terapeuta siempre ha de ir implícita la indicación que permite al paciente saber cuál es, por el momento, su propio estado y la marcha del proceso. La p. p. no es, en forma alguna, un procedimiento esotérico y oculto del cual sólo está enterado el terapeuta para, en un futuro impredecible, hacer estallar ante los ojos del paciente revelaciones inesperadas. Por tanto, esto nos lleva a una actitud favorable a lo que podemos denominar terminación natural, en la cual el paciente, que es el que ha acudido a solicitar la ayuda del terapeuta, es también quien decide, de acuerdo con la información sobre sí mismo que continuamente recibe de éste, cuándo desea

dar por finalizada la misma (Goldberg, A. y Marcus, D., 1985). Y ello tanto si la fecha del acabamiento se fija con varios meses de anticipación, como si, a través de un *insight* que puede tener lugar en el curso de una o varias sesiones, el paciente llega a la conclusión de que se encuentra ya en condiciones de prescindir de la ayuda del terapeuta y pone en práctica esta determinación en un espacio breve de tiempo. A fin de cuentas, lo que nos proponemos con el tratamiento es que el paciente adquiera una mayor autonomía y libertad de las que hasta entonces disfrutaba, que sea capaz de responsabilizarse de su vida y de sus decisiones y que afronte por sí mismo las situaciones traumáticas que la vida pueda depararle, y una de éstas es, sin lugar a dudas, la pérdida y separación que van implícitas en la finalización. Esta terminación un poco rápida tampoco debe sorprendernos excesivamente en caso de producirse. Sobradamente sabemos que no siempre los procesos mentales tienen lugar en forma de deliberada reflexión consciente, sino que la mayoría de ellos constituyen una actividad preconsciente o inconsciente. El trabajo de elaboración para la terminación del tratamiento puede, igualmente, realizarse fuera de la conciencia y surgir a ella cuando se encuentra ya en un momento muy avanzado del mismo.

No es extraño que esta forma de terminación natural promueva problemas contratransferenciales en el terapeuta. Éste puede sentirse forzado a adoptar una posición excesivamente pasiva y utilizado por el paciente. Es posible que tenga la impresión de que el paciente mantiene una relación con él mientras le parece que pueda obtener de ella algún provecho, y que decide interrumpirla cuando llega a la conclusión que no le origina ya nada nuevo o de interés, aun en el caso de que ésta falta de aportación resida no en la falta de capacidad del terapeuta, sino en la impenetrabilidad de las propias resistencias. El terapeuta ha de sufrir, también, su propio duelo de separación. En la p. p., como en el psicoanálisis, el efecto terapéutico incide sobre ambos participantes, ya que, para bien o para mal, el terapeuta queda siempre involucrado en el tratamiento del paciente.

Si el proceso avanza adecuadamente, la personalidad del terapeuta experimentará, a la vez, un movimiento de crecimiento y maduración. Pero, por el contrario, pueden producirse en él regresiones y reactivaciones de sus propios conflictos intrapsíquicos si las reacciones contratransferenciales le llevan a colusiones y pactos engañosos con el paciente. Ha habido así mismo, por parte del terapeuta, introyecciones e identificaciones proyectivas, lo cual quiere decir que diversos aspectos de su propio *self* han sido puestas en el paciente y que ahora es menester recuperarlos. La contratransferencia ha de quedar resuelta, lo mismo que lo ha de quedar la transferencia. Si se han producido algunas modificaciones en el paciente, el terapeuta las siente como obra suya, y siempre es doloroso para quien algo ha creado separarse de su creación. Parece natural, por todo esto, que el terapeuta sienta que necesita un tiempo para decidir la terminación del tratamiento, que le es preciso un trabajo de elaboración

para poder proceder a la separación, y que tienda, muy frecuentemente, a imponer sus puntos de vista respecto a esta cuestión. En estos momentos, el terapeuta ha de estar sumamente atento a sus reacciones contra-transferenciales para evitar depositar en el paciente, a través de la identificación proyectiva, sus propias ansiedades de separación y, erróneamente, verlas en éste como demandas de dependencia, temor a la autonomía, sentimientos de ser rechazado, exigencias de protección continuada, etc.

En principio, pues, mi opinión es la de que ha de prevalecer técnicamente la regla de que la decisión de terminar el tratamiento y la fijación de la fecha para este momento corresponden a la responsabilidad del paciente, siempre informado por el terapeuta de cuál es su situación mental. Ésta es, a mi entender, la terminación natural. Evidentemente, existen excepciones. Éstas pueden resumirse del siguiente modo.

a) El terapeuta debe decidir la terminación en casos de una grave perversión de la transferencia que vaya en detrimento de la salud mental del paciente y que sirva a éste para atrincherarse más en sus perturbadas relaciones objetales, una vez comprobado que el nivel de tratamiento que se está llevando a cabo no es suficiente para disolver las resistencias.

b) También debe decidir la terminación en los casos en los que exista una utilización externa y consciente del tratamiento ajena a los fines de éste. Por ejemplo, éste sería el caso de un paciente que hubiera solicitado entrar en tratamiento únicamente para utilizarlo como excusa para evadir cualquiera de sus responsabilidades.

c) Igualmente ha de decidir la finalización cuando sienta que sus dificultades contra-transferenciales o su preparación técnica no le permiten ocuparse adecuadamente de determinado paciente. En estas ocasiones, el planteamiento del fin de la relación debe ir acompañado de la indicación técnica de la posibilidad de continuar el tratamiento con otro terapeuta.

d) El tratamiento no puede ser indefinido. Debe considerarse la conveniencia de su conclusión en los casos en los que el paciente lo utilice como una forma de mantener un precario equilibrio interno, sin deseos de entender ni modificar nada. En estos pacientes, destaca el desfase o diferencia existente en su aparente «sentirse bien» en la sesión, la regularidad y puntualidad con que acuden a ellas y cumplen con los aspectos más externos y formularios de la comunicación, por un lado, y la falta de interés en asimilar aquello que se les explica, así como el carácter extraordinariamente monótono y repetitivo que imprimen a la relación, por otro. En estos casos, el terapeuta debe informar de lo que él cree que está ocurriendo y de las implicaciones nocivas que pueden derivarse del empeño en mantener un tratamiento en tales condiciones. Si el paciente insiste en una continuidad a todo trance, el terapeuta debe explicarle firmemente que él no puede hacerse cómplice de persistir en una relación que —con sacrificio de tiempo y esfuerzo— es inútil, o aun, si no se toman las medidas oportunas, perjudicial a la larga. Como he dicho antes, debe hacerse salvedad de esta regla en algunos psicóticos crónicos.

Pero, aparte de estas situaciones especiales, creo que es el paciente quien ha de decidir si el tratamiento es, o no, una ayuda para él. Si continúa sintiéndose beneficiado, ello quiere decir que no se han agotado aún todas las posibilidades dentro del nivel en que se trabaja. Cuando se haya alcanzado el límite de éstas, el paciente dejará de sentir que el tratamiento le presta alguna ayuda, experimentará que ya no le aporta nada nuevo y expresará, consciente o inconscientemente, sus deseos de acabar. Incluso en los casos específicos que he descrito en los párrafos precedentes, el paciente suele manifestar de alguna manera —ya que el inconsciente tiene siempre un punto de honestidad— su íntimo convencimiento de lo estéril de la relación que ambos están sosteniendo. Así, pues, creo que la labor del terapeuta en todo este asunto ha de estribar, esencialmente, en captar los sentimientos que en relación al tratamiento tiene el paciente e intentar facilitarle la expresión de los mismos. Si el esfuerzo terapéutico ha obtenido algún tipo de resultado, el paciente mostrará que es capaz de encontrar mejores y más novedosas soluciones a las dificultades que le han conducido al tratamiento, y que este incremento en su capacidad se debe a los cambios internos que ha experimentado en el curso del proceso.

6.4. La respuesta del paciente ante la finalización

Una vez fijada la fecha de finalización, el terapeuta ha de dejar bien entendido que la seriedad del trabajo obliga a que la misma se respete. No por una cuestión de principio de autoridad o de disciplina, naturalmente, sino porque constituye una exigencia técnica imprescindible, a fin de poder comprender las fantasías, diversas respuestas y reacciones de duelo ante la separación y pérdida, forma de asumir la propia autonomía, etcétera. Si no existe este acuerdo mutuo de firmeza en la fecha de terminación, no será posible comprender lo que está ocurriendo ni se logrará aclarar este tipo de respuestas.

Un error técnico muy frecuente —vinculado a la respuesta emocional de ambos protagonistas ante la terminación— es la de proceder a una progresiva relajación del rigor y limpieza metodológicos que hasta el momento se habían venido observando, a medida que se aproxima la fecha de la separación. Este debilitamiento del marco de trabajo se manifiesta en cambios de diversa índole que afecta la relación paciente - terapeuta, tendiendo éste último a mostrarse supuestamente más humano, más cálido y afectuoso o a desplegar un comportamiento convencional, de manera que el trato entre ambos se transforma en una suerte de vínculo amistoso. Ya he expuesto en el capítulo 4 todo el ataque a la libertad del paciente que representa cualquier clase de confidencias y expansiones por parte del terapeuta, así como el abandono de la metodología concertada. Estas distorsiones, llevadas a cabo bajo el pretexto de una relación más amable y natural que favorezca la disolución de la transferencia y

permita prescindir del tratamiento, esconden la profunda ansiedad del terapeuta ante la separación y su resistencia a aceptar la herida narcisista que significa la independización del paciente. Para mí, la única regla técnica válida es la de no introducir ninguna modificación en la pauta de relación que se ha desarrollado durante el curso del proceso. La metodología de trabajo debe permanecer intacta hasta la última sesión, tanto en los aspectos más formales o externos como en lo que concierne al marco interno. La despedida final no debe tampoco sobrepasar los límites propios del trato que hasta el momento ha regido. Bastarán, si el paciente toma la iniciativa, un apretón de manos y unas breves frases de agradecimiento por la colaboración prestada.

Esta actitud estricta tiene su razón de ser. Ya he expuesto que el objetivo de la p. p. estriba en lograr que el paciente adquiera una mejor comprensión de sus procesos psíquicos, y que esto tan sólo se consigue a través de las explicaciones que le ofrece el terapeuta. Y también he dicho que el afecto, interés, respeto y consideración del terapeuta hacia el paciente se transmiten a través de sus intervenciones verbales. Lo que el terapeuta es, se expresa a través de lo que el terapeuta dice. La actitud de atenta escucha y comprensión es la única que debe acompañar este decir. Todo lo que se aparte de ella repercutirá desfavorablemente en el proceso de comprensión y provocará serias interferencias en las posibilidades del desarrollo mental del paciente. Por otra parte, hemos de recordar que la p. p. tiene como misión lograr que el paciente aprenda a dialogar consigo mismo, internalizando la función propia del terapeuta. Cuando el tratamiento termina, lo que acaba es la relación externa entre uno y otro, pero la capacidad de diálogo interno, comprensión y autoexamen ha de persistir durante el resto de la vida. Para ello, la actitud y la función del terapeuta han de permanecer estables hasta el último momento. También hemos de tener en cuenta, finalmente, que un tratamiento es siempre susceptible de reanudarse en otro momento. Un trato improcedente en el último período del mismo podría aniquilar esta posibilidad.

Entre las fantasías y respuestas originadas por la proximidad de la terminación del tratamiento podemos destacar las siguientes:

a) Sentimientos depresivos y reacción de duelo frente a la separación. La elaboración adecuada de la reacción de duelo, la aceptación de la pérdida y del dolor y tristeza que ella supone son uno de los puntos más importantes en el período final del tratamiento. Esta elaboración del duelo es condición necesaria para la internalización del terapeuta a la que antes me he referido, y que hace posible la continuación del diálogo y la comprensión interna.

b) Fantasías de mutilación y enfermedad. Corresponden a la herida narcisista ocasionada por la separación.

c) Fantasías de muerte y renacimiento. En ellas se expresa la vivencia de la terminación como una muerte que conllevará el surgimiento a una nueva vida con mayor potencial de crecimiento y más amplios horizontes.

d) Sentimientos de abandono, de desvalimiento, soledad, etc. Muchos pacientes pueden experimentar una intensa ansiedad frente a la perspectiva de tener que vivir sin la ayuda regular del psicoterapeuta. Esta ansiedad debilita la confianza en los propios recursos y en la aptitud para utilizar lo que ha podido aprenderse en el curso del tratamiento. Frecuentemente, se trata de pacientes que han proyectado en el terapeuta las partes más sanas y maduras de su *self*, y temen que después de la separación ellos conservarán, tan sólo, los aspectos más enfermos e inmaduros. En estas circunstancias, no es extraño que la idea de la terminación provoque en ellos sentimientos de abandono y soledad. Es necesario percibirse de esta situación para intentar que reconozcan los aspectos sanos de sí mismos que han depositado en el terapeuta y puedan reintroyectarlos.

e) Sentimientos de rabia y agresividad contra el terapeuta. Algunos pacientes experimentan el proyecto de la finalización como una fuerte herida narcisista que les ha infligido el terapeuta. El hecho de que éste pueda prescindir de ellos y de que, con el planteamiento de una futura separación, les muestre que tiene una vida independiente que les es por complejo ajena les provoca una dolida reacción de humillación y rabia contra él. Asumir esta realidad puede ser un proceso doloroso pero que, a la larga, les permitirá llegar al término guardando en su mente una relación de mutuo reconocimiento y reciprocidad con el terapeuta.

f) Reactivación de los síntomas o trastornos del comportamiento. Ocurre, con alguna frecuencia, que en la fase final se produce una brusca reactivación de los síntomas y trastornos del comportamiento que fueron la causa del inicio del tratamiento. Por un breve tiempo parece como si, ante la pérdida del apoyo terapéutico que se aproxima, todas las ansiedades reaparecieran y, con ellas, los mecanismos de defensa y las formaciones de compromiso que dan lugar a los síntomas.

g) Intentos de anular la terminación. A veces, el paciente realiza esfuerzos para anular la decisión tomada. Puede hacerlo de manera directa y franca, asegurando que se trata de un error, que no se siente aún preparado, que debe reconsiderarse la decisión, etc. O indirectamente, a través de una agravación de los síntomas, como he comentado en el párrafo anterior, con actuaciones que puedan ser sentidas como peligrosas por sus familiares o por el terapeuta, etc. En general, la firmeza y la claridad en las intervenciones del terapeuta resuelven estas situaciones y no es preciso, salvo en casos muy excepcionales, proceder a una cancelación del acuerdo de terminación.

h) Aparición de una incrementada capacidad de comprensión y de nuevas formas de adaptación. En ocasiones, la perspectiva de la terminación estimula extraordinariamente los recursos y potencialidades de crecimiento del paciente, el cual parece, una vez que se ha llegado a tal tipo de decisión, extraer de las sesiones mucho más beneficio de lo que había logrado hasta el momento. La comprensión interna y la elaboración pueden verse facilitadas, muy notablemente, por la ansiedad depresiva originada por el trauma de la separación. La próxima pérdida de la ayuda

terapéutica estimula el reconocimiento de lo que ésta ha ofrecido hasta el momento, la pena por aquello que, tal vez, no se ha utilizado o asimilado adecuadamente y el deseo de obtener el máximo provecho de las oportunidades que aún quedan. Puede surgir, en estas condiciones, material no explorado hasta el momento y que había estado sometido a los efectos de la disociación y la represión. Todo ello puede favorecer el hallazgo de nuevas soluciones y formas de adaptación ante las dificultades y problemas con que debe enfrentarse el paciente en la realidad de su vida.

6.5. La finalización forzada por circunstancias externas

Generalmente, las circunstancias externas que fuerzan a la terminación del tratamiento antes de lo que se hubiera decidido atendiendo tan sólo a la marcha del proceso provienen de cambios o avatares imprevisibles en la vida del paciente. Pero, en algunas ocasiones, pueden tener su origen en algún suceso en la vida del terapeuta. Deben distinguirse las dos situaciones.

a) Terminación forzada por circunstancias en la vida del paciente. Puede tratarse de cambios de población o modificaciones en el ritmo u horarios de trabajo que impidan ajustarse al tiempo disponible por parte del terapeuta. Naturalmente, en estas circunstancias la actitud del terapeuta ha de ser doble. En primer lugar, debe aclararse la responsabilidad del paciente en su aparición, y comprender hasta qué punto eran evitables y si deben considerarse del todo necesarias para el mejor desarrollo de su vida. La p. p. tiene como objetivo ayudar a vivir más libre y satisfactoriamente, y no debe esperarse de ella que perturbe el curso de la existencia. El paciente no siempre ha de renunciar a oportunidades importantes que puedan presentarse para preservar a todo trance el tratamiento. La realidad puede obligar, en ocasiones, a sacrificar éste por el momento. Ahora bien, con frecuencia estas circunstancias, aparentemente inevitables e inesperadas, han sido provocadas por el paciente y son la expresión de las resistencias de éste al descubrimiento de la verdad. En estos casos, se trata de actuaciones esencialmente nocivas para el paciente y muchas veces, dado que el verdadero y escondido propósito es tan sólo huir del descubrimiento del inconsciente, las consecuencias prácticas pueden llegar a ser desastrosas. El terapeuta no debe dejarse impresionar por las supuestas ventajas que han de comportar los cambios y modificaciones que impiden la continuidad del tratamiento, y ha de señalar sin temores el genio destructivo que se esconde y actúa tras ellas. En segundo lugar, y una vez puesto en claro que la conclusión forzada no es una huida del tratamiento, los esfuerzos irán encaminados a esclarecer el significado que esta experiencia tiene para el paciente, comprender e interpretar las reacciones que la misma origina y ayudar a elaborar el duelo de la separación. En todo caso, siempre que uno y otro juzguen que el proceso terapéutico no ha alcanzado resultados aceptablemente

satisfactorios, debe intentarse que el paciente reanude el tratamiento con otro terapeuta que tenga unas disponibilidades de tiempo de acuerdo con sus posibilidades, o una vez hayan desaparecido los hechos de la realidad que motivaron la interrupción.

b) Terminación forzada por circunstancias en la vida del terapeuta. El terapeuta puede verse en la precisión de dejar de atender a un paciente debido a circunstancias tales como un cambio en la localidad de residencia o a dificultades determinadas, como, por ejemplo, perturbaciones en su salud, que le obliguen a reducir o a modificar substancialmente los horarios de trabajo. Naturalmente, el terapeuta debe atender antes que nada a su contratransferencia, para evitar que sean sus propios problemas emocionales en relación con alguno de sus pacientes los que se hallen detrás de estos hechos. Es evidente que no puede permitir que sus conflictos emocionales alteren el tratamiento de los pacientes. Si no consigue arreglar la situación por sí mismo, debe recurrir a una reanudación de su propio tratamiento.

En el caso de la terminación forzada por vicisitudes en la vida del terapeuta, las reacciones del paciente son mucho más complejas y variadas, dependiendo, fundamentalmente de la estructura psíquica de base. Predominarán las respuestas de protesta, rabia, sentimientos de abandono, etc., por un lado. Por otro, intentos de negación y de anulación de cualquier dolor o frustración, así como también esfuerzos por proteger y desculpabilizar omnipotentemente al terapeuta. Exceptuando aquellos casos en los que el proceso estuviera ya realmente llegando a su fin, siempre debe ser puesta de relieve la necesidad de continuar el tratamiento con otro terapeuta, y no existe ningún inconveniente técnico en indicar los profesionales que puedan llevarlo a cabo. El pasar por alto esta posibilidad es fruto de un esfuerzo de tranquilización por ambas partes, en el cual el terapeuta niega su responsabilidad en la interrupción y el paciente la frustración, dolor y pérdida que ella le ocasiona.

6.6. Pacientes con problemas especiales frente a la terminación

En aquellos pacientes en los cuales se prevén problemas especiales de terminación, debe guardarse el tiempo que haga falta hasta plantear ésta. Aun cuando ya he dicho que el tratamiento no ha de ser indefinido, es mejor prolongarlo más allá de lo habitual, antes que intentar acelerar un final del cual pueda anticiparse que será problemático, muy difícil de resolver y, muy probablemente, vivido por el paciente como una expulsión y abandono por parte de un terapeuta que se siente ya cansado de él y que juzga inútil seguir esforzándose. Lo que sí debe hacerse es plantear al paciente la verdad de la situación, es decir, mostrarse cómo por el tiempo de duración del tratamiento y la marcha que sigue el proceso —estancamiento, falta de verdadero interés en saber, ausencia de nuevo material, utilización de la relación a nivel de simple soporte— debería

considerarse la conveniencia de la terminación, pero que, dadas las circunstancias, este asunto debe ser examinado por ambos con mucho cuidado antes de decidir fijar una fecha para la misma. Evidentemente, creo que es mucho mejor alargar el tratamiento, aun cuando sea en las condiciones que acabo de citar, que fijar una fecha que no podrá ser mantenida o que dará lugar a un acabamiento sentido por el paciente como una violenta ruptura. Casi no hace falta decir que, en estos casos, el terapeuta debe examinarse contratransferencialmente para estar seguro de si realmente la conclusión está indicada o si son sus propias dificultades emocionales con respecto a su paciente las que le inducen a pensar que el tratamiento debería darse por acabado. Fundamentalmente, podemos agrupar los pacientes que presentan mayores complicaciones en la terminación de la manera siguiente.

a) Pacientes sometidos a condiciones externas, ambientales y situacionales especialmente duras. Algunos pacientes pueden hallarse inmersos en una realidad particularmente áspera, difícil o dolorosa. Las posibilidades de que esto ocurra son muchas y variadas: problemas laborales importantes; desavenencias familiares graves; enfermedades somáticas; soledad; pérdidas muy dolorosas recientes o amenaza de las mismas en un futuro próximo; responsabilidades y cargas a todas luces excesivas, ya sean de tipo familiar, laboral o social, etc. Para estos pacientes, el tratamiento puede representar el único punto de seguridad y ayuda de que disponen en su vida. Ya sabemos que la regla de abstinencia obliga al terapeuta a vigilar para que el tratamiento no se convierta en un refugio consolador para el paciente, ni en un sucedáneo de las gratificaciones y estímulos que no encuentra en su existencia. Si así fuera, ello contribuiría a la falta de avance y a la regresión, en lugar de favorecer el crecimiento y desarrollo mental y la búsqueda de nuevas formas de adaptación. Sin embargo, también es cierto que, cuando la realidad es fuertemente adversa, el paciente precisa más que en ninguna otra ocasión una relación de ayuda que le permita distinguir entre esta realidad y sus fantasías, entre las presiones externas inevitables y la responsabilidad por las mismas que a él le incumbe, entre las actitudes ajustadas a las circunstancias y aquellas que son fruto de sus ansiedades y conflictos. Por otra parte, tampoco es nada extraordinario ni debe escandalizarnos que, en situaciones del tipo que he mencionado, el paciente aprecie extraordinariamente la relación con alguien que le escucha, le comprende y le trata con respeto y sinceridad, y que se resista a perder la, tal vez, única vinculación humana que en determinado momento de su vida siente valiosa y digna de ser conservada. En tales circunstancias, forzar la terminación con el pretexto de la ausencia de resultados o argumentando que se ha explicado todo lo que se podía explicar y que no es posible, en el consultorio psicoterapéutico, resolver los problemas de la vida externa del paciente, me parecería de una aséptica frialdad y un prurito tecnicista tan falsos metodológicamente como alejados de la realidad humana.

b) Pacientes que han de tomar decisiones importantes en un futuro

próximo. En ocasiones, la proximidad de decisiones graves hace que el paciente reaccione con ansiedad y rechazo ante la sugerencia de plantear el final del tratamiento. Esta actitud me parece sobradamente justificada, y creo más prudente aplazar esta propuesta hasta que la situación se haya aclarado suficientemente o que las decisiones hayan sido tomadas.

c) Pacientes seriamente perturbados, con insuficiente capacidad para responsabilizarse de sus vidas. Existen pacientes que, debido a la gravedad de su patología, carecen de un yo vigoroso y estable capaz de ejercer las necesarias funciones de integración y ordenación de los recursos psíquicos. Generalmente, se trata de pacientes psicóticos o postpsicóticos desde el punto de vista clínico, o con graves trastornos de la personalidad e importantes núcleos psicóticos que han podido ser detectados en el curso de la psicoterapia. A veces, estos pacientes consiguen, a través del tratamiento, apuntalar su tambaleante estructura mental y adaptarse a la realidad de su existencia, hasta el punto de poder llevar una vida dentro de los límites de la normalidad, tanto en el ámbito laboral y social como en el familiar. Sin embargo, la terminación del tratamiento es para ellos una situación verdaderamente difícil, ya que, en algunos casos, parece que el paciente no puede, sin derrumbarse en toda la línea, prescindir de la ayuda terapéutica. Se trata de pacientes que no han logrado una suficiente reconstrucción de su estructura psíquica pero a los que sí ha sido posible establecer una relación con el terapeuta que substituye y compensa, dentro de ciertos límites, las deterioradas y persecutorias relaciones con sus objetos internos. Así, por ejemplo, en algunos de ellos el terapeuta, al actuar como un superyó benigno y tolerante, proporciona un alivio a la, de otra forma, intolerable ansiedad persecutoria. Aun cuando la situación no es, ni con mucho, la más deseable, creo que es mejor esto que la ruptura psicótica y la pérdida de contacto con la realidad. He tratado algunos pacientes clínicamente psicóticos que han permanecido adaptados y estabilizados durante largos años con una sesión de psicoterapia a la semana. Creo que el esfuerzo, por ambas partes, no puede considerarse excesivo.

6.7. El paciente y el terapeuta tras la terminación del tratamiento

Muy frecuentemente, los pacientes tienen fantasías acerca de su relación con el terapeuta una vez el tratamiento haya terminado. El tema de estas fantasías suele girar en torno a una posible amistad, relación profesional, intercambio de favores y regalos, consejos y recomendaciones a familiares y amigos para que acudan a tratarse con el terapeuta, etc. La realidad de que la vinculación con el terapeuta terminará absolutamente, o de forma casi absoluta, una vez el tratamiento haya terminado, es casi siempre negada hasta el último momento. Y podemos decir que los pacientes tienen gran parte de razón. Si el proceso terapéutico ha alcanzado sus objetivos, como ya he manifestado anteriormente, la vinculación

continuará para siempre a nivel mental, ya que el paciente habrá incorporado la función de comprensión, diálogo y búsqueda de la verdad propia del terapeuta, y seguirá ejerciéndola con plena autonomía por sí mismo. En este sentido, la relación paciente - terapeuta no tiene por qué terminar.

Pero, a fin de lograr que las funciones del terapeuta continúen existiendo en el interior de la mente del paciente, es menester que la relación material o externa se interrumpa verdaderamente una vez se haya llegado a la fecha acordada para la terminación. De lo contrario, si de alguna manera se satisfacen los deseos del paciente de mantener algún tipo de trato o intimidad, este conocimiento de la realidad del terapeuta obraría en el sentido indeseable al que ya me he referido al hablar de la interpretación. Es decir, el paciente tendría ocasión de proyectar en el terapeuta el objeto arcaico, confundirlo con él e involucrarlo en sus conflictos internos nunca suficientemente solucionados con un tratamiento de p. p., con lo cual las funciones del terapeuta que habían sido incorporadas quedarían degradadas e inutilizadas. No dejo, aquí, de tener en cuenta que los estudiantes de psicoanálisis, una vez han terminado su análisis personal e ingresado en las correspondientes Sociedades Psicoanalíticas, mantienen, en muchas ocasiones y especialmente cuando se trata de Sociedades relativamente pequeñas, contactos profesionales y personales con sus antiguos analistas, pero un tratamiento psicoanalítico es otra cuestión y también lo es la formación continuada de quienes ejercen el psicoanálisis como profesión, con lo cual el asunto ha de ser visto desde otras perspectivas de las que aquí no he de ocuparme.

Al hablar de la interrupción de las relaciones no quiero significar que cualquier contacto esté absolutamente vedado. Es frecuente que, al cabo de cierto tiempo, el paciente solicite una entrevista a su antiguo terapeuta, ya sea porque ha surgido algún problema o situación crítica, o, simplemente, porque desea darle cuenta de la marcha de su vida y de sus procesos mentales. Naturalmente, la petición ha de ser aceptada siempre que se produzca. Lo esencial es que la relación entre uno y otro conserve las características que poseía durante el curso del tratamiento, sin caer en convencionalismos ni en falsas actitudes amistosas como si, una vez terminado aquél, ya no tuvieran razón de ser mantenidos el marco externo y el interno que lo han hecho posible. Si éstos son respetados, la internalización de las funciones de comprensión y diálogo no tiene por qué resultar dañada, y el paciente podrá continuar, siempre, con su esfuerzo por acercarse a la verdad. Debe, además, tenerse en cuenta que es posible que, en algún momento de su vida, el paciente sienta deseos, por alguna dificultad especial que pueda presentársele, o por una reactivación de sus conflictos o síntomas, de reiniciar el tratamiento. Ello siempre será posible si no ha habido relación con el terapeuta una vez finalizado el primer tratamiento, o si, en caso de haber efectuado alguna consulta con él, la vinculación se ha mantenido en sus justos límites. De lo contrario, será preciso recurrir a otro terapeuta. Pero, incluso cuando se piensa en esta

posibilidad debido a que de antemano ya se sabe —por cambios de residencia u otra circunstancia— que un ulterior tratamiento deberá ser llevado a cabo por otro terapeuta, es más conveniente conservar siempre el marco de trabajo en los contactos con el primero. Si no es así, en su inconsciente el paciente asimilará a uno con otro, y ello despertará sentimientos de culpa por la destrucción de la imagen del terapeuta, fantasías de seducción, ansiedades de persecución claustrofóbicas como consecuencia de la invasión, en su mente, del anterior terapeuta, etc. No hace falta decir que el terapeuta, por su parte, ha de saber aceptar el dolor que representa la separación y la pérdida de relación con una persona a la que ha dedicado una considerable cantidad de tiempo, esfuerzo y, tal vez, sufrimiento. Nunca debe provocar ninguna clase de reencuentro no solicitado por el paciente.

LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ALGUNAS SITUACIONES DE CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

Los conceptos teóricos sobre los que descansa la p. p. son siempre los mismos sea cual sea el ámbito externo en el que ésta tiene lugar o las circunstancias que envuelven la relación paciente - terapeuta. Las reglas técnicas son también, fundamentalmente, las mismas aun cuando su forma de aplicación se halla sujeta a las modalidades individuales propias de cada caso y que no afectan para nada su esencia. Así y todo, sin pretender exponer las numerosísimas variaciones y matices con los que el terapeuta puede encontrarse en el curso de su ejercicio, considero de interés dedicar cierta atención a algunas situaciones que pueden darse en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica.

7.1. La psicoterapia psicoanalítica en los pacientes de edad avanzada

7.1.1. *Las posibilidades de tratamiento psicoterapéutico en los ancianos*

Salvo contadas excepciones, el tema del tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico en las personas que han alcanzado la vejez ha estado notoriamente descuidado durante largos años, tanto en lo que se refiere a la práctica clínica como a la publicación de trabajos científicos acerca de esta cuestión. Y ello pese a que ya en 1919 K. Abraham dio a conocer sus experiencias altamente positivas con pacientes que habían sobrepasado la edad media de la vida, llegando a la conclusión de que para el éxito del psicoanálisis es de mayor importancia «la edad de comienzo de la neurosis que la edad en la que se inicia el tratamiento».

En las dos últimas décadas se viene observando, sin embargo, un notable y progresivo incremento del interés por las posibilidades de ayuda que pueden brindarse a los ancianos a través de estas técnicas. Puede decirse que la práctica totalidad de los autores que se han ocupado de este asunto se hallan de acuerdo en que la edad avanzada no es, ni mucho menos, un obstáculo insuperable para que puedan obtenerse modifica-

ciones estructurales, reanudación del crecimiento mental y solución de conflictos en los pacientes sometidos a tratamientos psicoanalíticos o derivados del psicoanálisis. Como ya he dicho hace unos momentos al referirme a las situaciones con características específicas, no se trata de que en el viejo deban ser aplicadas técnicas peculiares, ni que deba partirse de teorías e hipótesis de trabajo distintas de las hasta aquí estudiadas. Todo lo que he venido exponiendo nos es igualmente útil tanto si el paciente es joven, adulto o viejo. Pero sí es menester comprender, en lo posible, el sentido profundo de la vejez, tener en cuenta su significado para el sujeto que se halla en ella y estimar, en su justo valor, los recursos y potencialidades que se encierran en esta etapa de la vida. Sólo de esta manera nos será posible proceder correctamente al tratamiento de las personas ancianas y, al mismo tiempo, obtener el máximo beneficio de los principios teóricos y técnicos por los que se rige la p. p.

No se me oculta que el hecho de destinar un apartado para considerar el tratamiento psicoterapéutico en las personas de edad avanzada comporta el grave riesgo de producir la errónea impresión de que los viejos forman un grupo aparte que no puede ser abordado con las mismas perspectivas técnicas y teóricas con que lo son los jóvenes y los adultos, contribuyendo con ello a la discriminación de que, infortunadamente, muchas veces son objeto. También existe el peligro de que esta forma de proceder pueda inducir a creer que juzgo a los ancianos como un conjunto homogéneo de personas que han de ser tratadas todas por igual. Una y otra cosa están lejos de la verdad. Ya he subrayado, no hace mucho, que los fundamentos teóricos y las reglas técnicas básicas de la p. p. son válidos para cualquier edad del paciente, desde la juventud a la vejez. Los ancianos, por otra parte, son tan distintos entre sí como lo pueden ser los jóvenes y los adultos. Sin embargo, a nadie puede pasarle desapercibido que, aun con todas las diferencias individuales que puedan presentarse y que, sin duda, son muchísimas, la etapa de la vida que llamamos vejez —que ofrece notables variaciones individuales en cuanto a su inicio— posee unas características propias que son compartidas por todos cuantos se encuentran en ella; las cuales les sitúan en una peculiar trama referencial frente a la vida, frente a los otros y frente a ellos mismos. En estas características se entremezclan los factores biológicos, psicológicos y sociales: progresiva pérdida del vigor físico, aparición de disfunciones y enfermedades somáticas; pérdidas repetidas de seres queridos; jubilación; desaparición del atractivo sexual; frecuencia de trato discriminado por parte de los otros; limitación, cada vez más estrecha, del tiempo disponible para la consecución de cualquier meta u objetivo; acumulación de experiencias, positivas o negativas; proximidad de la muerte; marginación por parte de la sociedad, etc. Por cierto que, en este trato discriminativo, participan también los psicoterapeutas, ya que, como antes he dicho, hasta hace pocos años el interés que han mostrado en el tratamiento de las personas ancianas ha sido escaso, siendo también pocas las publicaciones sobre este tema.

Los individuos de más de 70 años pueden, perfectamente, participar en un tratamiento de p. p. Todo el proceso psicoterapéutico que hemos estudiado en las distintas partes de este volumen puede observarse en los ancianos al igual que en los jóvenes y los adultos. El crecimiento mental y un aumento de la creatividad pueden ser, igualmente, el resultado del tratamiento en los ancianos. El alivio o desaparición del sufrimiento psíquico, o un mejor abordaje de los conflictos, con aparición de nuevas formas de adaptación y la consecución de un razonable *insight* son metas que pueden alcanzarse en el contexto de la relación terapéutica. El tratamiento puede ayudar a hallar nuevas satisfacciones, desarrollar distintas pautas de relación interpersonal y desplegar capacidades creativas. Cuando el paciente reconoce y acepta que lo pasado es realmente pasado, sea cual sea la tristeza y dolor que ello pueda causar, el presente y el futuro pueden ser tratados de forma más realista, y es posible que tengan lugar nuevas investiduras y sublimaciones así como que aparezca una remozada aptitud para hacer frente a los acontecimientos desafortunados. Puede darse, incluso, que en el paciente anciano se presenten formas de vinculación desconocidas hasta el momento, o que se fortalezcan antiguos y olvidados lazos de intereses.

7.1.2. Psicología de la vejez y el envejecimiento

7.1.2.1. El envejecimiento como una de las diversas etapas de la vida

Creo del todo conveniente dedicar algún espacio al estudio de determinados aspectos psicológicos de la vejez, a fin de que una mejor comprensión de la misma nos permita la más idónea utilización de la p. p. en el tratamiento de los ancianos.

Todo intento de comprensión de la personalidad, desde la óptica psicodinámica, debe vincularse al estudio de las diferentes etapas de que consta la vida humana. A pesar de que cada individuo es irrepetible en cuanto a sus peculiaridades y características específicas, también es verdad que las situaciones fundamentales, temas vitales, obstáculos y necesidades por satisfacer son, en líneas generales, las mismas para todos. Las diferencias se refieren a la forma como cada sujeto se enfrenta con estas situaciones y circunstancias básicas, que afectan a todo ser humano, y les da una solución personal. Esto no ha de extrañarnos si tenemos en cuenta que todo individuo nace con una constitución física y un aporte energético que, en lo esencial, es lo mismo para todos, y que, a la vez, su curso vital tendrá lugar a través de un ciclo de gestación, crecimiento, maduración, declinación y muerte también compartido con sus semejantes. Es propio de todo ser humano nacer antes de poder valerse por sí mismo, alcanzar la madurez sexual mediante un largo y complicado proceso, tener que aprender determinadas técnicas y pautas de adaptación para sobrevivir, etc. También le es propio el necesitar a los demás para su

desarrollo y comunicarse con ellos a través del lenguaje. A diferencia de lo que sucede en los animales, el ser humano es el único viviente que tiene conciencia de su mortalidad y de su posición, al menos aparente, en la carrera que va desde el nacimiento hasta la muerte. Ahora bien, el hombre nunca permanece estático, ya que el paso del tiempo le produce cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Cada período de la vida del ser humano trae nuevas potencialidades y elimina otras, y cada una de las diferentes fases debe ser superada adecuadamente para poder afrontar, con éxito, la próxima.

Es evidente que el desarrollo de la vida humana tiene lugar a través de diversas fases o etapas de la existencia, bien diferenciadas entre ellas. Así, podemos ver cómo el niño muestra momentos de relativa quietud, durante los cuales parece que no hay progreso, y, súbitamente, entra en una nueva fase que despliega ignoradas posibilidades, proporciona áreas inéditas y plantea tareas, hasta entonces desconocidas, que también exigen nuevas habilidades a fin de ser resueltas (Lidz, T., 1974). Así, por ejemplo, la capacidad de caminar, la cual debe esperar la maduración del sistema nervioso y la adquisición de una determinada práctica, cambia totalmente la extensión del mundo infantil, la perspectiva de los alrededores y la relación del niño con los padres. De forma similar, los cambios hormonales que preceden y acompañan la aparición de la pubertad empujan al niño hacia una nueva etapa de su vida en la que se ve profundamente alterado su entorno habitual, y en la que estallan las pulsiones sexuales dirigidas más allá del ámbito familiar.

Esta característica de evolución física de la vida humana depende de diversos factores interrelacionados entre los cuales podemos destacar, como más importantes, la maduración somática, los cambios y avances en el desarrollo cognitivo, la influencia de la sociedad y el paso del tiempo.

La maduración biológica es totalmente imprescindible para la adquisición de nuevas capacidades. Incluso después de permitir la aparición de posibilidades hasta entonces ocultas, debe transcurrir un tiempo, a veces considerable, hasta que la práctica y el aprendizaje faciliten el ejercicio de las habilidades todavía no desarrolladas. A su tiempo, éstas deben ser dominadas suficientemente antes de que puedan combinarse con otras para dar lugar a actividades y formas de comportamiento de un nivel superior.

A la vez, los avances en los procesos cognitivos influyen en todos los aspectos de la vida del niño. La psicología escolar nos informa, con toda evidencia, de que estos progresos no se producen de una forma continuada, suave y regular, sino que proceden de forma más bien brusca, con empujones repentinos y momentos de aparente detención.

La sociedad, por su parte, establece papeles y expectativas para los individuos que la componen, según sus diferentes edades y posiciones. El papel es el conjunto de normas y pautas de comportamiento que cada sujeto debe cumplir, según estatuye la sociedad que lo rodea, de acuerdo

con su edad y posición. Se entiende por posición el lugar que el sujeto ocupa dentro de la sociedad, como, por ejemplo, ser padre de familia, profesional en ejercicio, miembro de determinada agrupación cultural o política, etc.; por tanto, son numerosas las diversas posiciones que cada individuo ejerce al mismo tiempo. Expectativa es aquella forma de comportamiento que se espera que, en la práctica, llevará a término un determinado individuo. La expectativa puede, o no, corresponderse con el papel. Así, por ejemplo, corresponde al papel del estudiante asimilar aquellas materias que le son asignadas por su plan de estudios, pero la expectativa es que, al menos muchos de ellos, no cumplirán su papel, y por esto se establece un sistema de exámenes y controles a fin de comprobar de qué forma cada uno de ellos se ajusta a la tarea que le ha sido asignada.

Cada vez que una persona ocupa una nueva posición, los que lo rodean harán recaer en ella un cúmulo inagotable de exigencias y de imposiciones con las cuales, hasta entonces, no le había sido forzoso enfrentarse. Por otra parte, y esto nos interesa particularmente al querer estudiar el envejecimiento, el aumento en edad cronológica comporta, en sí mismo, la necesidad de nuevas actitudes y formas de comportamiento, tanto de acuerdo con las experiencias acumuladas, como debido a la pérdida progresiva de las capacidades y posibilidades que, hasta aquel momento, el sujeto había utilizado.

Hemos de tener muy presente que el principio epigenético sostiene que cada fase del crecimiento debe ser superada en su tiempo apropiado y de forma específica, con el fin de alcanzar un saludable desarrollo. Este principio ha sido, también, adoptado por el psicoanálisis. De todas formas, el desarrollo personal no se encuentra rígidamente determinado, tal como sucede en la maduración embriológica, de forma que, cuando el desarrollo es impedido por alguna circunstancia externa o interna, o cuando una de sus fases no es adecuadamente alcanzada, son posibles compensaciones de diversa índole que permiten la continuidad del avance y la adaptación a diferentes situaciones. Sabemos, por ejemplo, que si las pulsiones agresivas dirigidas hacia los primeros objetos no son adecuadamente ligadas con las libidinales y fusionadas con éstas, se producirán alteraciones en el comportamiento sexual que, inaparentes en un principio, se manifiestan con fuerza en un momento ulterior. Pero, de todas formas, los fallos que se producen durante la vida extrauterina pueden ser parciales y no son tan irremediables como sucede con las anomalías que se presentan en el curso del período embrionario.

Al intentar estudiar cualquier etapa de la vida, es necesario tener en cuenta, para lograr una clara comprensión de ella, los fenómenos de progresión, fijación y regresión. Cada vida individual se enfrenta con una serie de crisis del desarrollo que surgen de la necesidad de solucionar y superar situaciones nuevas que son inherentes al ciclo vital. El sujeto obtiene nuevas fuerzas y confianza en sí mismo mediante la superación de estas crisis. Como ya he dicho antes, existen indudables similitudes en

la forma con la que los diferentes individuos resuelven estas situaciones y dificultades que se plantean en todo crecimiento. A la vez, existe también un parecido interno en la forma como cada ser humano afronta y soluciona las diversas crisis y los obstáculos que se presentan en el curso de su vida. Esta característica de progresión es, pues, propia de toda vida humana. El desarrollo se produce desde el nacimiento hasta la muerte, de manera que no podemos comprender ningún período ni ningún momento de la vida humana en general, o la de un sujeto en particular, si olvidamos que cada instante, por pequeño que sea, no puede ser considerado estático y aislado, sino que forma parte de un despliegue ininterumpido, de un movimiento imparabile que se ha iniciado en el momento del nacimiento y que, aunque sea con detenciones y con avances y retrocesos, no parará hasta la extinción del sujeto.

La fijación y la regresión, sin embargo, interceptan y dificultan este movimiento evolutivo que es la vida, y es menester que sean tenidas en cuenta a fin de entender debidamente los fenómenos que podemos encontrar en los diferentes períodos de aquella y en los diversos sujetos. El fallo en la realización de las tareas esenciales de una determinada fase del desarrollo deja al sujeto falto de preparación para afrontar con éxito el siguiente período. Esto hace que se produzca un progreso en determinadas áreas, acompañado de una detención en otras, o bien que se presente una actividad de abandono y de renuncia al cumplimiento de las exigencias de la nueva fase, ya que el sujeto está utilizando las energías de que dispone para superar la etapa no resuelta adecuadamente, en lugar de hacerlas servir en exceder la que, en aquel momento, es vigente. Estos estancamientos, a los que denominamos también fijaciones, explican las incongruencias y discordancias que podemos encontrar en el estudio del curso vital de un sujeto. Muchas veces, no sólo se presenta una detención sino que se produce, ante las dificultades en las que no es posible tener éxito, un verdadero movimiento hacia atrás, es decir, una regresión. La regresión es un intento de restablecer el equilibrio psíquico cuando el sujeto se siente amenazado, más allá de sus fuerzas, por una situación que no puede manejar adecuadamente. A través de ella retorna, en su fantasía y, de alguna forma, en su conducta, a otra situación en la que se siente seguro y de la cual puede extraer el mínimo de gratificación que todo ser necesita para sobrevivir. Esto nos puede explicar, por ejemplo, la tendencia, tan frecuente en los viejos, a rememorar y repetir incansablemente momentos y episodios de su vida pasada, en los cuales gozaban de unas capacidades y satisfacciones de las que se encuentran faltos en la actualidad. Es de todo punto evidente que, aunque esta regresión pueda actuar momentáneamente como un mecanismo de aseguramiento y de recuperación del equilibrio, a la larga impide al que la sufre adaptarse a su situación real y sacar de ello el provecho y las posibilidades debidas.

La vejez no es únicamente un hecho biológico, sino que, como subrayaré más adelante, es en gran parte un hecho social. La interacción de uno y otro da lugar a esta última fase del ciclo vital que conocemos con el

nombre de vejez. Creo fundamental, para llegar a entender esta fase que constituye el tema de nuestro estudio, tener muy en cuenta las ideas de E. Erikson acerca del desarrollo. Erikson (1959; 1980a; 1980b; 1982) designa lo que él considera la tarea esencial de cada fase desde la óptica psicosocial; tarea que el sujeto ha de superar de forma adecuada, a fin de estar preparado para resolver, idóneamente, los deberes de la siguiente etapa. Así, además de considerar las relaciones entre sexualidad genital y madurez emocional, es necesario, también, enfatizar la necesidad de alcanzar, hacia el final de la adolescencia, una egosíntesis que ofrezca un sentido de la propia identidad, de forma que la confianza acumulada en la propia capacidad para mantener un sentimiento interno de igualdad y de continuidad se combine con la constancia del propio significado frente a los demás (Bassols, R., Beà, J., Coderch, J., 1986). Si esto no se consigue, el sujeto se ve sometido a una difusión de su identidad. Por lo tanto, después de que el adulto joven ha alcanzado un sentido idóneo de sí mismo es cuando puede relacionarse con otro con verdadera intimidad, a la vez que dispone de la capacidad para distanciarse de las personas y situaciones cuya esencia siente como peligrosa para el propio *self*. La subsiguiente fase de la vida adulta posee su punto crítico de interés en la maternidad y la paternidad, a través de las cuales se preparan los miembros de la siguiente generación. Al mismo tiempo, el sentido de esta etapa descansa en la creatividad y el trabajo, mediante los cuales se realizan las posibilidades individuales. La fase final del ciclo vital, la vejez, se caracteriza, en los casos en que se llega a ella saludablemente, por la capacidad de lograr una madura dignidad e integridad gracias a la honesta aceptación del propio curso vital y de la responsabilidad que corresponde por su desarrollo. En los casos menos favorables, la vejez puede ir acompañada del sentimiento de que las oportunidades han sido desaprovechadas y de que todo el curso de la vida se muestra como infecundo y carente de valor.

El ciclo vital ha sido dividido en etapas o fases diversas, de acuerdo con las diferentes ideologías de los estudiosos, en las que se reflejan distintas orientaciones teóricas y conceptualizaciones del desarrollo humano. A pesar de esto, se manifiesta una coincidencia evidente, por parte de la mayoría de investigadores, en cuanto a la existencia de determinadas etapas fundamentales: primera infancia, fase edípica o preescolar; pubertad; adolescencia; juventud adulta; paternidad; edad madura; vejez.

No siempre es fácil, ni posible, resumir los rasgos y las pautas que corresponden a cada etapa del desarrollo, ya que tal resumen presupone una gran simplificación de procesos muy complejos. Diferentes aspectos de la personalidad, por ejemplo, se despliegan al mismo tiempo, y ello hace que deba estudiarse, por separado, cada línea del desenvolvimiento. Por otra parte, las interrelaciones de aspectos esenciales, como son los procesos cognitivos, los conceptos éticos, las relaciones objetales, el sentimiento de la identidad sexual, el sentimiento de la autoimagen, etc.,

requieren un estudio muy continuado a través de las diferentes fases. A pesar de estas dificultades, el hecho de dividir el curso vital en una serie de etapas naturales permite llevar a cabo la comparación de las diversas directrices del desarrollo y hace factible, también, comprender cómo la evolución de un determinado individuo puede verse parcial o globalmente impedida, fijada o retornada a un periodo anterior.

7.1.2.2. Perspectivas positivas del envejecimiento: el envejecimiento como una verdadera fase del desarrollo

La vejez debe ser considerada como otra de las fases del desarrollo en el curso vital de cada persona en el sentido de que éste no es estático sino dinámico, y que las respuestas defensivas que se presentan ante los déficits somáticos y psicosociales son la manifestación de los esfuerzos de adaptación, tal como aparecen en las otras etapas frente a las dificultades que surgen inevitablemente. Creo que tan sólo teniendo en cuenta este carácter de la vejez como una etapa del curso vital, y del envejecimiento como el proceso que lleva a esta etapa, podremos comprender todos los aspectos psicodinámicos de la vejez, así como también los elementos positivos que comporta, con el fin de llegar a conseguir que la vejez sea considerada como algo más que un estado terminal improductivo y matizado, únicamente, por las deficiencias que la acompañan. Paralelamente, este enfoque es el que nos puede ayudar a establecer el tipo de ayuda que requieren las personas que se encuentran en esta etapa de la existencia, de la misma forma que una comprensión y un conocimiento más esmerado de los diferentes periodos de la evolución infantil nos ha permitido mejorar los planteamientos de la educación y tomar medidas más adecuadas respecto a la salud mental de los niños. Sin lugar a dudas, no podemos olvidar la realidad de que en la fase de envejecimiento se producen importantes cambios en un sentido deficitario, tales como la disminución de la memoria, de la acuidad sensorial, de la fuerza y coordinación motriz, etc., pero también es verdad que estos fallos pueden ser menos acusados y sus consecuencias más atenuadas, si se consigue integrar el proceso de envejecimiento dentro del curso armónico de la evolución de la vida.

Hablar de la vejez como un estado nos resulta poco útil, ya que, al hacerlo, corremos el riesgo de introducir un concepto fijo y estático que falsea la realidad. Por esto, más que de viejos deberíamos hablar de personas en proceso de envejecimiento, puesto que nadie es igualmente viejo dos días seguidos. Las modificaciones biológicas y psicológicas que conducen a lo que llamamos vejez se producen constantemente y de forma ininterrumpida, y, por tanto, igualmente continuadas son las respuestas del organismo —entendido como un conjunto psicosomático— para adaptarse a sí mismo y al mundo que lo rodea. Se ha intentado fijar unos datos que señalen el inicio del proceso de envejecimiento. Estos

datos podrían ser la presbicia, o las dificultades para la regeneración celular, para la osificación y para la cicatrización, etc. A pesar de todo, existen variables socioculturales que hacen que se haya de contemplar el proceso de envejecimiento desde otras perspectivas. La que acabo de decir se nos muestra muy claramente cuando, con una rápida ojeada al curso de la historia, vemos de forma bien evidente cómo los hombres y las mujeres han sido considerados viejos —y ellos se han comportado como tales— a edades muy variables según la época en que han vivido. Existe, sin embargo, una fecha subjetiva muy específica y peculiar, la vivencia de que uno ha de morir en un plazo de tiempo, aunque quizás largo, relativamente previsible. Esto comporta, a su vez, el sentimiento de que lo que podemos denominar proyecto vital queda subordinado al tiempo de que se dispone. Se ha iniciado la cuenta atrás, y el sujeto evalúa los años que le quedan para conseguir llevar a término aquello que todavía no ha hecho. Creo que, a nivel humano, éste es el momento en que se pone en marcha el proceso de envejecimiento, que no es lo mismo que ser viejo. Esto último nos puede llevar a reflexionar sobre el hecho de que, en gran parte, existen «viejos», con toda la carga social, cultural y personal que esto comporta, porque la sociedad dice de los seres que han llegado a una determinada edad que son viejos. Es decir, que, en gran parte, ser «viejo» es el resultado de un diagnóstico social y, a partir de este momento, el sujeto se comporta de acuerdo con este diagnóstico que pesa sobre él, tanto si lo desea como si lo rechaza.

Es innegable que, en nuestros días, tal diagnóstico ofrece un indudable matiz de menosprecio. Por esto, tal como se suele hacer con todos los términos que, con razón o sin ella, se han vuelto molestos, se ha intentado buscar un sustituto, y de aquí ha salido la caritativa e infeliz promoción de una denominación tan insípida, vacía y falta de arraigo cultural como es la de «tercera edad». Si nos fijamos bien, lo que se intenta con esta designación es englobar, a la vez, a todos aquellos seres que, por sus años, se juzga que son improductivos, aunque hemos de tener en cuenta que esta supuesta improductividad es definida, solamente, desde la perspectiva de la más roma y obtusa economía de mercado. A través de ella, se elimina todo lo que de positivo tiene la vejez y se olvida que en ésta puede existir, también, una valiosa productividad, siempre que se contemple más abiertamente y con miras más elevadas. Los conocimientos y la experiencia de los viejos pueden ser aprovechados de forma muy ventajosa, a pesar de que sus energías y la agilidad de adaptación sean más pequeñas que las de los jóvenes. No creo necesario, por lo tanto, la substitución del término vejez por la calificación de tercera edad. El término vejez es muy bello y expresa gran cantidad de cosas bonitas e incluso poéticas. Nos habla de serenidad, de experiencia, de un largo camino recorrido, de trabajo hecho, de lazos humanos, etc. La vejez puede ser, también, un gentil momento de la vida.

Queda claro que no todo es agradable a medida que el proceso de envejecimiento va avanzando. A veces, este proceso viene a ser como una

floración en la que pueden abrirse capacidades hasta entonces escondidas o desarrollarse, con más esplendor, cualidades ya conocidas pero que no habían gozado de la ocasión para desplegarse. Así, por ejemplo, a través de los nietos, o los discípulos en otros casos, el anciano puede reencontrar un renovado sentido a su vida. Pero también existen muchos otros casos en los que el envejecimiento es, sencillamente, un curso de esclerosis, con un cierre progresivo de intereses y objetivos, y, lo que es más grave, con una acelerada pérdida de la capacidad de amar. Los viejos pueden ser un elemento de seguridad y bienestar dentro de su hogar, pero también, llevados por la envidia y el resentimiento hacia aquellos que son jóvenes y gozan de lo que ellos ya no pueden alcanzar, llegan a menudo a convertirse en un tormento, hecho de recriminaciones, quejas, exigencias y críticas, para todos aquellos que tienen la desdicha de vivir a su alrededor. Creo que estas infortunadas situaciones son debidas a la perspectiva errónea con que se enfoca el proceso de envejecimiento, tanto por parte del mismo sujeto como de los que le rodean. Este desgraciado error se origina, generalmente, en un no querer darse cuenta del hecho, que ya he comentado antes, de que la vejez representa una etapa más de las que integran el conjunto de la vida, con sus rasgos especiales y sus indudables limitaciones, pero, a la vez, con sus aspectos positivos y enriquecedores. Si falta esta comprensión, la vejez es considerada tan sólo como un estado final indeseable, sin otras características propias que los déficits y pérdidas que en ella se experimentan. Es lógico que, desde este punto de vista, la vejez promueva un terror difícilmente soportable, que el sujeto se defiende con actitudes irracionales, negativas y oposicionistas, y que los familiares del «viejo» lo traten como a alguien apto, tan sólo, para promover molestias e inconvenientes.

Creo que las diversas posibilidades que acabo de mencionar nos pueden sugerir que, aunque todos caigamos en este desacierto por una costumbre cultural imposible de rehuir, no deberíamos hablar de «viejos» como si existiera una manifiesta uniformidad entre todas las personas incluidas bajo tal denominación. No podemos decir que los viejos son de esta o de aquella forma, como no podemos decir que lo son los adultos. Cada persona de edad avanzada es como es, igual que cada niño y cada adulto. Hablar de «viejos» de este modo nivelador ya es, de entrada, una mala forma de abordar la cuestión, una manera despectiva de recusar la individualidad y las peculiaridades existentes en cada persona, por el simple hecho de haber llegado a una determinada edad. Quede, pues, claro, que cuando hablo de viejos lo hago movido por una necesidad expositiva, por un lado, y por otro, ciñéndome a una terminología social y cultural que, en este momento, no sé cómo esquivar; por tendencia a simplificar, si se quiere, pero siempre con la implícita reserva de estar frente a un abuso de lenguaje y que no quiero, al utilizar este vocablo, ignorar la idiosincrasia propia de cada sujeto.

Únicamente partiendo del concepto de la vejez como una etapa más entre las otras, llena y positiva como todas ellas si es considerada de

forma condigna, es como será posible ayudar a la integración de las personas de edad en el seno de la sociedad, con el fin de que puedan encontrar en ella el lugar adecuado para su desarrollo. Pero, al mismo tiempo, hemos de pensar que no se trata sólo de ayudar a los viejos, sino también de conseguir que ellos ayuden a la sociedad, de recibir, al mismo tiempo, su productividad, con las características y peculiaridades que pertenecen a tal situación. Aquí será aconsejable recordar que, dentro de límites más bien escasos, la sociedad está más preparada para acoger a personas viejas, que para hacer más sencillo, útil y apetecible el proceso de envejecimiento.

El tiempo es un factor de gran importancia por lo que respecta al proceso de envejecimiento y para la vida de las personas consideradas como viejas. Cuando el ser humano envejece tiene más tiempo libre, a veces demasiado, a veces todo el tiempo del mundo. Pero el conflicto aparece cuando no sabe qué hacer con este tiempo y se ve obligado a «matarlo», en lugar de poder gozar de él. Aquí entraría en juego la enseñanza para aprender a ser viejo, que es una de las enseñanzas que es necesario organizar. Por otra parte, los viejos necesitan, a su vez, el tiempo de los demás, y esa pugna es más lacerante y áspera porque los otros no suelen tener tiempo para dedicarles. Ahora bien, dado el envejecimiento de la sociedad las personas provecas tendrán un peso cada vez más decisivo a la hora de establecer las directrices políticas y económicas. Según la instrucción que se dé para aprender a envejecer, así será, más adelante, la influencia que los viejos ejercerán sobre la marcha de la sociedad a la que pertenecan.

La cuestión de la jubilación es muy compleja. Una forma simplista de utilizarla es la de decir que uno es viejo en el momento que llega a la jubilación. Desgraciadamente, la sociedad lo contempla, con frecuencia y sin razón, de esta forma, a pesar de que la jubilación es tan sólo un aspecto, bien parcial, del proceso de envejecimiento. Uno de los problemas que el higienista mental tiene planteados ante la jubilación es el de la exigencia de que el jubilado pueda conservar alguna actividad, de acuerdo con sus posibilidades. De todas formas, la superación de este desafío corresponde, a partes iguales, a la sociedad y al mismo individuo. La sociedad debería promocionar medios para que la jubilación fuera progresiva; como sería, por ejemplo, trabajar media jornada. Corresponde al sujeto, por otra parte, saber mantener la ilusión por las cosas de la vida, conservar la aptitud para amar, guardar la vocación para determinadas tareas susceptibles de ser realizadas a cualquier edad, etc. No hemos de olvidar, sin embargo, que estas disponibilidades individuales dependen, en buena parte, de la cultura y educación que se hayan recibido, y, relacionado con esto, del tipo de profesión y actividades desarrolladas durante la vida. Por esto he dicho que se debería organizar una enseñanza con el fin de aprender a ser viejo, y este adiestramiento sería necesario que empezara en la misma escuela, a fin de igualar, tanto como sea posible, los recursos con los que afrontar el envejecimiento.

Creo que, al hablar de la vejez como una más de las etapas de la vida, no podemos dejar de formularnos la siguiente pregunta: ¿es el ser humano viejo tal como ha sido niño?; es decir, ¿depende la forma de vivir el envejecimiento de la forma como se han vivido y se han resuelto los conflictos y las crisis de la infancia? Yo me inclino a creer que es así en gran medida, incluso teniendo en cuenta las modificaciones estructurales que puedan producirse a lo largo de la vida, a través de las diversas experiencias que han tenido lugar durante su curso. No me cabe ninguna duda de que las relaciones con los objetos internos son el eje principal alrededor del cual se desarrolla el proceso de envejecimiento. Sabemos, desde Melanie Klein, que el niño internaliza las imágenes de sus padres, de forma parcial primero y total más adelante, y, secundariamente, de las otras personas que conviven con él durante la infancia. Estos objetos totales y parciales, con sus complicadas relaciones entre ellos mismos y entre ellos y el yo del sujeto, constituyen los que he denominado el mundo interno de cada individuo. Si en las relaciones entre los objetos y el yo predominan los sentimientos de amor, cuidado y protección, el sujeto podrá superar, con éxito, las pérdidas de toda índole —déficit progresivo de las capacidades psicofísicas, desaparición de personas queridas, mengua de posibilidades en la vida, etc.— que, inevitablemente, comporta el proceso de envejecimiento, ya que nunca se siente solo, sino siempre acompañado, en su interior, por estos buenos objetos que dan confianza y efecto. Al contrario, si las relaciones en el mundo interno están fundamentadas, principalmente, en sentimientos de odio y agresividad, el proceso de envejecimiento es experimentado como una persecución que proviene del exterior y del propio interior, y el sujeto se relaciona con desconfianza, recelo y hostilidad hacia los que le rodean y hacia él mismo. Dada la importancia de las relaciones de objeto —las de ellos entre sí, y las de ellos con el yo y el *self* en el mundo interno— para la estructuración de la personalidad, podemos afirmar que es en la primera infancia donde se instituyen las directrices para el ulterior proceso de envejecimiento. Tales directrices determinarán si éste será vivido positivamente, como una etapa más del desarrollo de la personalidad que permite la síntesis y culminación de todas las que le han precedido, o, al contrario, de una forma catastrófica, desesperada y persecutoria que sumergirá al sujeto en el sentimiento de la más profunda soledad.

Por lo tanto, creo que podemos afirmar que durante la etapa de envejecimiento, que se inicia, a mi entender, en la segunda mitad de la vida, existe un verdadero proceso de desarrollo (Jaques, E., 1970). Éste no viene dado por el hecho de que el sujeto se adapte a la declinación de sus facultades, sino por la posibilidad de trascender sus limitaciones biológicas —que comparte con los animales— a través de sus esencias sociales y psicológicas que hacen de él un ser humano.

Tal concepto del envejecimiento como una continuación del desarrollo puede ser justificado desde dos puntos de vista, el histórico y el teleológico. El punto de vista histórico se basa en un hecho muy sencillo:

lo que una persona es en una edad determinada, ya sea a los sesenta o a los setenta, depende principalmente de lo que él ha sido, ha sentido y ha pensado de sí mismo en las etapas precedentes de su vida, y estas etapas precedentes vienen entrelazadas desde el momento del nacimiento. Por lo tanto, no puede haber una verdadera comprensión del proceso de envejecimiento en un sujeto si no conocemos su desarrollo histórico. Ahora bien, el concepto de envejecimiento comporta, a la vez, una connotación teleológica. Toda evolución tiene un fin, y éste, en la etapa de envejecimiento, es la muerte. Pero si este fin se concibe no desde una perspectiva meramente fisiológica y animal, sino a nivel específicamente humano, podemos decir que el hecho peculiar y específico de esta última etapa tiene que ser obtener la habilidad para poder vivir tan generosa y desinteresadamente que la idea de la propia muerte sea sentida como menos importante que el firme conocimiento de que se ha construido algo de valor para el futuro, para los descendientes y para el resto de la sociedad, más allá de los límites de cada uno (Peck, R., 1965).

En resumen, existen tres razones diferentes para considerar el envejecimiento desde una óptica del desarrollo:

1) No es posible comprender el envejecimiento como proceso ni la vejez como estado, sin tener en cuenta todas las etapas precedentes que constituyen su condicionamiento histórico.

2) Determinados aspectos de las capacidades humanas, como son la experiencia, el desinterés, la sabiduría en la elección, la mesura, etc., consiguen su máximo nivel a partir de la segunda mitad de la vida.

3) Si consideramos a los seres humanos como buscadores de metas y finalidades, y si aceptamos que estos seres muestran, en la marcha conjunta de la humanidad, unos propósitos que van mucho más allá del hacer de su vida un círculo cerrado egotísticamente y que la muerte interrumpirá de raíz, entonces podemos definir un óptimo objetivo para los últimos años de la existencia. Éste sería el fin hacia el que todo individuo debería dirigirse, con éxito o fracaso según los casos. Consistiría en ver la propia muerte no como una última e irrecuperable tragedia, sino como un hecho, inevitable, pero que es posible trascender satisfactoriamente a través de la perduración del propio mundo interno en un mundo externo constituido por seres amados y metas deseadas, en los cuales han sido depositados los objetos internos amorosos y protectores y los aspectos del *self* a ellos ligados.

Es posible que, de entrada, estos últimos párrafos parezcan idealizar los últimos años de la vida, pero no creo que esto sea cierto. Lo que acabo de decir no significa que podamos esperar que todos consigan, perfectamente, esta intensificación de sus cualidades humanas a medida que vayan envejeciendo. Al contrario, ya sabemos que en una gran parte de la gente el proceso de envejecimiento se establece de forma muy deficitaria. Pero resulta que esto sucede en todas las etapas de la vida. En la infancia, en la adolescencia, en la juventud, etc., son numerosos los individuos que obtienen unos desarrollos muy inferiores a los deseables.

Por tanto, este desfase entre lo que es deseable y podría ser, por un lado, y lo que encontramos, por otro, no corresponde tan sólo al envejecimiento y la vejez, sino que lo podemos descubrir en cualquier período del desarrollo humano. Si no en todos los seres humanos sigue el envejecimiento las líneas ufanas que acabo de trazar, y aunque la mayoría de sujetos envejezcan con una actitud de desánimo, de empobrecimiento y de hostilidad, nada hace pensar que esto deba ser fatalmente así. Bien al contrario, lo que muestra la experiencia psicológica en niños y adolescentes es que las dificultades y deficiencias en el enfrentamiento con las tareas propias de cada etapa de la vida están estrechamente vinculadas con una inadecuada resolución de las tensiones y de los conflictos que pertenecen a los períodos precedentes. Por tanto, el decaimiento psíquico y social en la última fase de la vida puede ser modificado por medios psicológicos y relacionales como lo son todas las crisis y los contratiempos de la infancia, adolescencia y juventud. Es evidente que esto no es fácil, pero tampoco lo es en ninguna etapa de la vida.

7.1.2.3. Las tareas específicas del proceso de envejecimiento

Cada etapa de la vida, como ya he dicho anteriormente, ha de enfrentarse con determinadas tareas por resolver, sin cuya adecuada superación no es posible abordar, con éxito, las complejidades de las fases que vienen a continuación. Esto nos ha sido mostrado por Freud y ha continuado siendo estudiado por numerosos autores, como Piaget, Melanie Klein, Erikson, etc., cada uno de ellos enfocando el asunto desde diferentes ángulos y perspectivas. Lo que aquí nos interesa, de acuerdo con las enseñanzas de estos investigadores, es que también el proceso de envejecimiento, a fin de seguir una evolución favorable en el sentido que antes he comentado, debe resolver diferentes situaciones que constituyen las tareas específicas que se presentan en su curso.

Como ya he señalado, creo que el proceso de envejecimiento empieza en la segunda mitad de la vida, en el momento en que se inicia la cuenta atrás, cuando se instaura el sentimiento de que la muerte espera al cabo de un tiempo, aunque quizá largo, relativamente previsible, y que las posibilidades de actuación de que uno dispone en la vida se encuentran, ya, reducidas a unos límites cada vez más severos. Es entonces cuando el sujeto debe comprometerse en la resolución de las tareas correspondientes al proceso de envejecimiento, a fin de tener éxito en tal empresa. Intentaré, a continuación, exponer brevemente las principales, entre ellas.

a) Valoración progresiva de la experiencia y de la capacidad de discernimiento

Inevitablemente, después de la primera mitad de la vida el vigor físico, el atractivo y la belleza sufren un progresivo e imparable declive, lo cual, sin duda, es singularmente importante en una sociedad en la que los atributos y rasgos propios de la juventud son altamente valorados. Por otra parte, la profunda experiencia que una vida larga proporciona hace posible, si es sabiamente utilizada, que la persona que se encuentra más allá de la segunda mitad de la vida pueda pensar con perspectivas más amplias de lo que puede hacerlo el joven. Ciertamente, no todo el mundo adquiere una experiencia fructífera con el incremento de la edad. No es un proceso automático, y será de gran interés llegar a determinar las variables psicodinámicas que dan lugar a que algunas personas adquieran capacidad de discernimiento a través de las diversas vicisitudes que la vida les ofrece, mientras que otros repiten estérilmente las mismas pautas de comportamiento. La capacidad de discernimiento a que me refiero ha de ser distinguida de la capacidad intelectual en el sentido mensurable del término. Puede ser definida como la habilidad para hacer las mejores elecciones entre las diversas alternativas que la realidad y la propia imaginación pueden presentar en cada momento. Es indudable que este proceso de elección se ve afectado por el tipo de estabilidad emocional de cada uno, por sus conflictos, conscientes e inconscientes, y, a la vez, por su grado de inteligencia. Ahora bien, las experiencias obtenidas a lo largo de la vida ofrecen la oportunidad de ir ampliando el abanico de relaciones interpersonales y afectivas, con lo cual es posible corregir la escasez de los aprendizajes adscritos a la familia y a una determinada subcultura durante la infancia y la adolescencia.

b) Incremento de la socialización personal

Durante la primera mitad de la vida las pulsiones eróticas se manifiestan, de una forma directa y concreta, como el deseo de mantener relaciones sexuales, en el sentido estricto de la palabra, con aquellas personas que son objeto de dichas pulsiones. Este tipo de manifestación, aunque nunca desaparece totalmente, decae en importancia a partir de la segunda mitad de la vida. Entonces, tales pulsiones pueden ir transformándose en tendencias sociales de diferentes tipos. El climaterio, masculino o femenino, sólo es vivido como una tragedia por aquellos que, contra tal razonamiento, persisten en valorarse a sí mismos por sus atractivos y sus logros sexuales, a pesar de poder comprobar que sus deseos, en este sentido, ya han perdido la fuerza de la juventud. Lo mismo podemos decir en cuanto a las satisfacciones de carácter sibarítico.

Si el sujeto, por el contrario, reconstruye sus actitudes alrededor de estos puntos y resigna las satisfacciones sexuales y biológicas en favor de

otras complacencias de tipo social, será posible que la comunicación interpersonal adquiera un calado y un sentido desconocidos hasta entonces.

c) Flexibilidad emocional y adaptabilidad de las metas y fines a conseguir

Las pulsiones son buscadoras de objetos con los que obtener su gratificación, y se dirigen hacia unas metas a conquistar. Por flexibilidad y adaptabilidad podemos entender, desde esta óptica, la capacidad para reemplazar, a lo largo de la vida, unos objetos y unas metas por otros, cuando los primeros ya han cumplido su función o han desaparecido del horizonte del sujeto. Dicho de otra forma, la capacidad de que las pulsiones desinvistan unas personas y actividades y que invistan otras. Todo esto no nos extrañará si pensamos que a partir de los inicios de la segunda mitad de la vida empiezan a producirse una serie de cambios y transformaciones en este sentido: los hijos se hacen independientes y abandonan el hogar; algunos proyectos profesionales y laborales ya están conseguidos y otros han dejado de ser factibles; determinadas posibilidades individuales, que han sido reales en una época, dejan de serlo; otras posibilidades, en cambio, debido a un incremento del tiempo libre, mejora del estado económico, mayores conocimientos adquiridos, etc., pueden surgir de manera inesperada; familiares y amigos que formaban el círculo de relaciones interpersonales van desapareciendo por la muerte y han de ser sustituidos por otros, etc. Al mismo tiempo, para muchos sujetos éste es el momento de su vida en que abarcan una cantidad más grande de objetivos y metas en potencia, ya que han conquistado un notable caudal de conocimientos en su campo social y profesional, y se les ha otorgado un status, formal o informal, de gente madura y experimentada hacia la cual los otros se dirigen en demanda de ayuda y consejo. Esta situación les puede proporcionar contactos con gran cantidad de sujetos de diferentes edades, posiciones y papeles, y, por tanto, la posibilidad de mantener experiencias y relaciones que, hasta el momento, no habían estado en condiciones de desarrollarse, siempre que sean capaces de reinvestir las nuevas personas y circunstancias.

Contrariamente, el empobrecimiento emocional —con sus innegables repercusiones sobre el rendimiento mental, en general— puede ser debido a la falta de un adecuado reinvestimento en nuevas personas, finalidades y tareas a medida que van desapareciendo o perdiendo su significado aquellas que por largo tiempo fueron las receptoras de las pulsiones. Se debe tener en cuenta que, en relación al tema del que estoy hablando, durante el proceso de envejecimiento se producen ininterrumpidamente diversas vicisitudes que dejan libres pulsiones que, hasta entonces, estaban invistiendo determinadas imágenes, funciones corporales, proyectos, personas, etc. Entre estas vicisitudes podemos citar: la muerte de personas queridas, la independización de los hijos, la jubilación

ción, la disminución de las capacidades físicas y sexuales, etc. Si estas pulsiones liberadas no ocupan nuevos objetos y metas —en el sentido más amplio que se pueda dar a estos términos— será inevitable la rigidificación y el deterioro de la vida mental.

Es cierto que, por regla general, nos inclinamos a juzgar que a medida que el ser humano envejece tiende a volverse cada vez más inflexible en sus opiniones, creencias, intereses y valores, y más cerrado a nuevas ideas y formas de vida. Pero pienso que no está demostrado que esto sea inevitable ni que, forzosamente, esta actitud haya de ser atribuida al proceso de envejecimiento como un hecho irremediable. También podemos encontrar muchos jóvenes y adultos extremadamente rígidos e inamovibles en sus convicciones y pautas de comportamiento, aunque es muy posible que las circunstancias sociales, laborales, familiares, etc., hagan que esto sea más visible en las personas mayores. Pero los inicios y las raíces de esta actitud tienen su origen mucho antes, y su profilaxis debería establecerse a través de la higiene mental infantil y escolar, ofreciendo al niño y al adolescente la posibilidad de escoger entre diversas alternativas, y también la de conocer, aceptar y tolerar culturas y subculturas diferentes de aquellas en las cuales, por razones familiares y sociales se encuentra inmerso.

d) Estima y valoración de uno mismo, con independencia de la ocupación laboral y de los rendimientos económicos

El impacto creado por la jubilación es de singular importancia en la sociedad actual. Incluso antes que ésta llegue, el sujeto se siente ya preocupado y conmovido por una amenaza que se perfila cada vez con más relieve en el horizonte de la vida. Un envejecimiento saludable y sin resentimientos debería estar presidido por la posibilidad de que el sujeto que ha alcanzado la edad de la jubilación podrá reestructurar su vida y su imagen personal desde una perspectiva más amplia de la que, hasta aquel momento, le ha permitido su trabajo específico. La idea básica que debería gobernar la mente del sujeto jubilado y la de los que le rodean, en este sentido, es la de que él podrá continuar siendo una persona valiosa, a pesar de no trabajar a pleno tiempo en una de las actividades laborales clasificadas como tales en el seno de la sociedad.

Creo que es necesario recordar que el proceso de diferenciación de la propia imagen en un complejo dilatado de identificaciones empieza en la infancia. Cuanto más rico sea este conjunto de identificaciones como ser social, político, cultural, deportivo, artístico, humanitario, laboral, familiar, etc., más probabilidades tendrá el sujeto de encontrar las adecuadas gratificaciones en los diferentes momentos, circunstancias y episodios de su vida, llevando a término y ejerciendo papeles diversos que pueden conjugarse entre sí. Al contrario, si estas identificaciones no se consiguen el sujeto se ve constreñido a realizar cualquier actividad laboral escogida

sin aliento ni interés, sólo obligado por la necesidad de trabajar para vivir. Pero si existe únicamente una identificación con la imagen profesional, en el momento que llegue el retiro el sujeto se encontrará totalmente descolocado y sin que la vida tenga ningún sentido. Por desgracia, la sociedad, con su actitud hacia los jubilados, colabora de manera eficaz en que se produzca esta situación. Hace falta tener en cuenta que, para muchas mujeres que no trabajan fuera del hogar, este caso se presenta cuando su vocación de madres queda sin finalidad, en el momento que los hijos abandonan el domicilio paterno para constituir su propia familia.

Al hablar de identificación con diferentes imágenes no me refiero sólo a diversas actividades, sino, más bien, a una compenetración con diversos atributos del yo de los que surgirán, cuando la ocasión lo haga necesario, formas de comportamiento distintas y singulares. Entre estos específicos atributos del yo podemos citar, por poner algún ejemplo, el de ser padre o madre, amigo, colaborador, asociado, aficionado al arte o a la literatura o a lo que sea, altruista, miembro de la sociedad, consejero y guía para otros, etc. Es decir, que una condición extremadamente importante para un envejecimiento alegre y sencillo consiste en establecer, tan pronto como sea posible, una amplia gama de actividades gratificantes y de propiedades del yo, de forma que, en el momento en que el trabajo profesional se abandone o bien entre ya en descenso, sea posible ejercitar variadas alternativas que proporcionen una profunda satisfacción y una continuación de la autoestima.

e) Aumento de las relaciones humanas y la creatividad *versus* declive corporal

El envejecimiento comporta una disminución de las fuerzas físicas y de la resistencia a las enfermedades, con aumento de las disfunciones somáticas. No podemos olvidar, sin embargo, que en gran parte estas deficiencias pueden retrasarse, y quizás evitarse, hasta edades muy avanzadas si se lleva una vida razonable, con un adecuado grado de actividad. Es importante recordar que, hasta cierto punto, no es el envejecimiento la causa de la inactividad, sino la inactividad la causa del prematuro envejecimiento. A pesar de estas consideraciones que deben ser tenidas en cuenta, no es a esto a lo que quiero referirme ahora. Lo que deseo subrayar es el hecho de que, sea a la edad que sea, aquellos sujetos para los que el máximo objetivo en la vida consiste en la obtención de confort y placeres de tipo corporal, vivirán los inevitables declives que el aumento de edad comporta en sí misma como el más grave de los insultos y la más espantosa de las desgracias. Con facilidad podemos ver cómo estos sujetos llegan a estar más y más preocupados por sus molestias somáticas, a veces de una manera tan obsesiva que centran alrededor del estado del cuerpo todas sus cavilaciones.

Al contrario, existen otros sujetos que, a pesar de sufrir algunas molestias o incluso enfermedades orgánicas graves, saben vivir con alegría y gozar de muchas ocupaciones. No es difícil pensar que estos seres han aprendido a definir su felicidad y bienestar en términos de relaciones humanas, interés por los demás, alegría de dar y ser útil, deseo de conocer, inserción en la comunidad, etc., cosas todas éstas que pueden continuar siendo vividas a despecho de las más serias complicaciones somáticas. Es decir, se trata de gente para la que, en su sistema de valores, las fuentes mentales y sociales de placer y de autoestima trasciende aquellas que se basan en el bienestar y la satisfacción de tipo físico, material y egoísta.

Naturalmente, este tipo de disposición en su forma inicial ha de establecerse desde la juventud, pero es en el momento en que el proceso de envejecimiento está bien instituido cuando tal estilo de vida debe desarrollarse energicamente, para llegar a superar otras pautas y actitudes que reinaban hasta entonces. Sin duda, ésta es una de las principales tareas con las que se enfrenta la última etapa de la vida. En ella, se toma conciencia del declive físico que tiene lugar, pero también, en aquellos casos afortunados de vejez madura y creativa, del cambio en la dirección de intereses, para dirigirse hacia las fuentes de complacencia y alegría que pueden brotar todavía de las relaciones humanas, a pesar de la decrepitud que se acerca.

f) Personalidad y circunstancias sociales y biológicas

Diferentes investigaciones que concuerdan con la experiencia generalizada muestran que si combinamos diversas variables —actividades y responsabilidades sociales y laborales, sentimiento de satisfacción y tipo de personalidad— encontramos que existen tres posibilidades fundamentales (Neugarten, B.L., 1972):

1) Sujetos que, con la edad, abandonan las responsabilidades y los deberes sociales y laborales, a la vez que permanecen con un alto grado de satisfacción;

2) sujetos que, a la vez que abandonan estas responsabilidades y actividades, sienten declinar de forma imparable su sentimiento de satisfacción y contento en la vida, con una serie pérdida de la autoestima;

3) sujetos que persisten en una amplia gama de actividades, sin que parezcan experimentar muchos cambios a medida que envejecen, ni en cuanto al sentimiento de la propia valía y satisfacción, ni por lo que hace referencia a su interacción social.

Los estudios efectuados ponen de relieve que la estructura de la personalidad es el factor central para determinar la forma de envejecer y para predecir si este envejecimiento se efectuará de forma satisfactoria (Kuhlen, R.G., 1959; Tobin, S.S. y Neugarten, B.L., 1961; Weinberg, M.D., 1965; Peck, R., 1965; Atchley, L., 1971; Neugarten, B.L., 1972).

En conjunto, podemos decir que cada sujeto envejece de la misma forma que ha vivido, es decir, que con el aumento de edad se prolonga el estilo de vida sostenido durante la edad madura, generalmente de forma coherente y posible de predecir. Dentro de amplios límites —siempre que no se presenten alteraciones orgánicas graves o modificaciones insólitas del entorno social— las pautas de envejecimiento siguen unas directrices señaladas desde muy pronto. Por tanto, esto comporta la idea de que no existe una única forma de envejecer, sino que ésta es determinada en cada uno por su vida personal y por su carrera biográfica desde los primeros momentos de la vida, y que, suponiendo un razonable soporte social, las personas ancianas, al igual que los jóvenes y los adultos, escogen las combinaciones de actividades que les ofrecen más atractivos y que se encuentran más de acuerdo con sus rasgos individuales y con el concepto que tienen de sí mismos. El envejecimiento, por tanto, no es una nivelación de las diferencias y peculiaridades específicas, sino que cada uno envejece tal como es. Al mismo tiempo que se adapta a los cambios biológicos y sociales, el sujeto en proceso de envejecimiento persiste en desarrollarse según los esquemas y las líneas de fuerza que, desde los inicios de su socialización y de la estructuración de su mente a través de las primeras relaciones objetales han orientado y dirigido su peculiar evolución.

El hecho de señalar la importancia capital de la especificidad personal y de la continuidad de esta individualidad durante el proceso de envejecimiento, así como el de destacar la actividad y capacidad de elección de los propios sujetos frente a la involución orgánica debida a la edad, no significa menospreciar el papel de las diversas condiciones sociales, económicas y biológicas. Sabemos, sin duda, que para obtener un mínimo grado de satisfacción es necesario que se disponga de una seguridad económica razonable, de un hogar conveniente, de servicios de salud idóneos y de un entorno conveniente para la interacción social. Desde estas perspectivas, se vislumbra un asunto cautivador para la investigación de sociólogos, psicólogos, médicos, psicoanalistas, etc.; interesados en las condiciones que hacen factible un envejecimiento acertado y enriquecedor, como es el de elucidar los factores sociales, económicos, orgánicos y mentales que se encuentran vinculados con un saludable envejecimiento.

Pero, simultáneamente, puedo poner de relieve que las variaciones socioculturales no resuelven el problema de las diferencias individuales, es decir, no explican convenientemente por qué, dentro de un mismo contexto, unos sujetos envejecen más armoniosa y satisfactoriamente que otros. A despecho de la probabilidad de que algunos entornos proporcionen una mayor libertad y permisibilidad para un amplio abanico de estilos de vida, que otros presionen hacia una mayor participación social y que otros, aún, ofrezcan más oportunidades de iniciativa, siempre será decisivo, en último término, la forma como el sujeto se adapta a las circunstancias que le rodean.

Por tanto, el estudio de la forma en que el sujeto resuelve las contin-

gencias de su vida, algunas de ellas sociales, otras biológicas, es también un tema de gran importancia para la investigación de aquello que puede conducir a un envejecimiento acertado. De lo que se trata es de saber qué hace que una determinada persona se adapte a su envejecimiento de una forma y no de otra, y cómo esta adaptación se ve influida por su experiencia pasada y por sus expectativas en relación a sus años. A fin de comprender por qué un sujeto puede adaptarse satisfactoriamente a su jubilación, mientras que otros no lo consiguen, o a las enfermedades, o al natural declive de las fuerzas físicas, etc., hemos de intentar entender, con toda la profundidad posible, los senderos a través de los cuales los sujetos que envejecen vinculan su pasado con el presente, ver cómo intentan reconciliar las expectativas con los hechos, y entender a su vez cómo interpretan y combinan sus vidas como una totalidad.

g) Integración de las expectativas con la realidad

Cuando nos ocupamos de personas de edad avanzada, se hace evidente que cada una de ellas tiende a interpretar su situación según como habían sido sus expectativas. Los humanos son seres pensantes y planificadores. Miran a su alrededor, se comparan con los otros, anticipan y, después, confrontan la realidad conseguida con sus anticipaciones, y experimentan frustración, o satisfacción, de acuerdo con la congruencia o desfase entre lo que se esperaba y lo que se ha conseguido. Por tanto, las expectativas son un factor de primordial importancia para comprender el nivel de bienestar mental que cada persona puede obtener al llegar a la vejez. En consecuencia, una de las tareas propias del proceso de envejecimiento es la de alcanzar una armonización entre lo que se pretendía y aquello que se ha logrado, de forma que sea posible obtener un grado razonable de alegría y placidez, a pesar de que los acontecimientos no hayan llevado, exactamente, hasta las metas que habían sido fijadas.

Todo esto es debido a que las expectativas de los humanos siempre incluyen un tiempo lineal o referencia a la edad. Así, por ejemplo, los ancianos, al ser preguntados, suelen responder que están bastante bien o mal, por la edad que tienen; que han llegado, o no, donde se habían propuesto; que es natural que, a su edad, se sufran determinadas enfermedades, etc. Por tanto, aquellos que nos ocupamos de la psicología del envejecimiento nos hemos de preguntar cuáles son las expectativas de la gente ante el mismo, por qué tales expectativas cambian en el curso de la vida y bajo qué condiciones se producen estos cambios. Es decir, no se trata sólo de las situaciones para cada ser humano, correspondientes a una determinada edad de la vida, sino también del significado psicológico de esta edad. Me parece muy claro que la gente no evalúa su edad, únicamente, por el tiempo transcurrido desde la fecha de su nacimiento. Así, decir que se tienen setenta años es poco significativo. Lo es, en cambio, completar la frase y decir que uno tiene setenta años y que siente

que se ha quedado, en la carrera de la vida, más corto de lo que se había propuesto, o que ha llegado más lejos de lo que nunca habría podido creer; o que, para esta edad, se encuentra en mejores, o peores, condiciones psíquicas y somáticas que la mayoría de sus coetáneos; o que continúa trabajando cuando otros han dejado ya de hacerlo, etc. En cada una de estas afirmaciones, el sujeto da un contenido y un sentido al paso del tiempo, y se refiere a un sistema normativo implícito al compararse con los otros. Como es natural, para comprender la tarea de compaginar las expectativas con los rendimientos obtenidos es necesario tener en cuenta que, en una compleja sociedad moderna, existen diferentes sistemas de regulación del status cronológico que caracterizan las diversas instituciones en su interior. En el medio agrícola, por ejemplo, se es considerado viejo antes que en el medio universitario. Estos sistemas normativos funcionan como un sistema de control social que canaliza y limita el comportamiento individual. Es decir, mucha gente cree que ha de hacer unas cosas y dejar de hacer otras, no porque sientan el deseo de llevar a término las unas, ni porque se sientan incapacitados para realizar las otras, sino, sencillamente, porque se consideran obligados a seguir determinadas pautas de comportamiento, generalmente de tipo restrictivo, en virtud de unas reglas sociales no escritas. Parecen llevar un reloj social internalizado que les marca la hora de ir resignándose a un «envejecimiento» hecho de renunciaciones y de abandonos, muchas veces en contra de las auténticas posibilidades y deseos (Neugarten, B.L., 1972). Es necesario que este reloj internalizado deje de ser impuesto y que señale un horario peculiar e individualizado para cada sujeto. Es preciso que el envejecimiento se lleve a término de acuerdo con la verdadera evolución psicósomática de cada uno, y que la técnica del terapeuta ayude a retrasarlo en aquello que sea posible y consiga hacerlo más agradable luchando contra la aceleración impuesta y el envejecimiento reglamentario. Corresponde a la responsabilidad individual desarrollar aquella actitud de conocimiento y de aceptación de la verdad y del sentido de la propia vida que pueda endulzar, en los últimos años de ésta, las asperezas del decaimiento y la melancolía de la partida.

h) Enfrentamiento con la muerte

Una tarea que pertenece plenamente a la etapa del envejecimiento es la de enfrentar la proximidad de la muerte. Llega un momento en que el ser humano ha de comenzar a dialogar con ella de tú a tú. En las otras etapas de la vida la muerte es siempre un accidente, algo que puede producirse, pero que no tenía que ser. En la vejez, por el contrario, la muerte es el término inevitable de un camino recorrido. Camino durante el cual se han cumplido, o no se han cumplido, determinados objetivos, metas y propósitos en relación con las realizaciones laborales, sociales, familiares, personales, etc. Por tanto, la muerte, al aproximarse, coloca al

anciano cara a cara con sus propias responsabilidades en el trato que él mismo ha dado a su vida, con la manera como ha utilizado los recursos que le han sido brindados, con la forma como ha aprovechado, o desperdiciado, sus posibilidades y con su estilo de relación con los otros. Las oportunidades que se han vivido de modo creador y constructivo, con predominio de las pulsiones de vida y satisfactoriamente para uno mismo y para los demás, se conservan en el interior como experiencias cálidas y amorosas que acompañan durante el resto de la vida. Por el contrario, las oportunidades desperdiciadas y estropeadas bajo la acometida de las pulsiones destructivas se tornan fantasmas internos que persiguen y culpabilizan. Esto explica la serenidad, tranquilidad y gozo de empresa cumplida con que algunos ancianos se acercan a la muerte, y la amargura, irritación y resentimiento con que otros lo hacen. La labor de la p. p., en estos últimos casos, será la de poner en marcha una adecuada elaboración del duelo por lo destruido y lo perdido, y conseguir, así, una atenuación de la culpa persecutoria y una reconciliación del yo con sus objetos. Lo cual me lleva a poder afirmar que, al llegar al final del camino, el anciano no se enfrenta en verdad con la muerte, como lo hacen el joven y el adulto, quienes deben encarar la muerte que interrumpe la existencia que podría haber sido. A lo que se enfrenta el anciano no es a la muerte, sino a la vida. A la vida tal como ha sido vivida y que, en esos postreros años, se presenta como un sentimiento de plenitud que apoya y gratifica, o como un vacío que tortura y persigue.

Dado que la muerte es la única certeza absoluta para todos los seres humanos el acercamiento a ella bajo la égida de las ansiedades depresivas y el impulso a reparar —proceso que puede iniciarse ya a partir de la edad media de la vida— es susceptible de convertirse en una fuente de utilización al máximo de los propios recursos y de las capacidades de creación y de amor (Jaques, E., 1970). El éxito en la elaboración del duelo por la definitiva gran pérdida que se avecina puede medirse por el nivel de agrado, goce y serenidad del anciano, por un lado, y por el matiz de bienestar y tranquilidad que confiere a aquellos que le rodean, por otro. El fracaso en el despliegue de esta actitud, por el contrario, provoca resentimiento, suspicacia, irritabilidad, etc. en el anciano, junto con sentimientos agresivos y de rechazo en aquellos que conviven con él. Esto no ha de parecernos excesivamente extraño, ya que podemos entender, sin grandes dificultades, que la actitud básicamente narcisista, en una etapa de la vida en la cual las fuerzas declinan inexorablemente y en la que las posibilidades de rendimiento personal van extinguiéndose, ha de producir fatalmente un conflicto de graves proporciones en el mundo interno, con predominio de las ansiedades persecutorias y una grave colisión con los otros, a quienes se culpa de las frustraciones que se acumulan en el mundo externo y en el interno.

El anciano que alcanza el éxito en tal cometido, en cambio, se muestra activo dentro de sus posibilidades, pero con una diligencia que se dirige, fundamentalmente, a ofrecer algo a los otros, ya sea en el terreno

de la cultura, en el de las relaciones humanas, en la transmisión de los propios conocimientos, tan modestos como se quiera, o, sencillamente, en el del amor. Este anciano conseguirá vivir una experiencia gratificadora, proyectada hacia el futuro, al intentar —frente a la noche del yo— construir, para él y para quienes le rodean, un mundo más espacioso del que puede abarcar una existencia individual. Ésta puede, por tanto, ser entendida como la más completa forma de autorrealización, pese a que se halle dirigida más allá de la satisfacción estrecha e inmediata.

7.1.3. Los diversos tipos de pacientes ancianos

En cada etapa de la vida, las motivaciones para la necesidad y demanda de ayuda psicoterapéutica presentan algunas diferencias con las propias de otras etapas. Entre los ancianos que precisan este tipo de tratamiento podemos distinguir cuatro grandes grupos que expondré a continuación.

1) El primero de ellos está constituido por aquellos individuos que han presentado, durante toda su vida o la mayor parte de ésta, una patología psíquica lo suficientemente significativa como para ser tributaria de tratamiento psicoterapéutico, tanto si éste ha tenido lugar como si, por las circunstancias que sean, no se ha realizado. En estos casos, es posible que la petición de tratamiento se plantee debido a una agravación de las ansiedades, los síntomas o los trastornos del comportamiento, o a consecuencia de que existen mayores facilidades para procurárselo.

2) El segundo grupo está formado por ancianos que durante su adolescencia, juventud y vida adulta habían logrado conservar un equilibrio psíquico razonable, pero que, al llegar a la vejez, han visto perturbarse esta adaptación a consecuencia de la reactivación de ansiedades infantiles no suficientemente superadas y de la aparición de nuevas fuentes de conflictos. Las presiones, externas e internas, que condicionan el surgimiento de estas ansiedades y la pérdida del equilibrio existente hasta el momento pueden esquematizarse de la siguiente forma (King, P., 1980).

a) Temor a la disminución o pérdida de la capacidad sexual y al impacto de ésta sobre las relaciones amorosas.

b) Amenazadoras perspectivas de sufrir un desplazamiento en el trabajo o prestigio profesional, a consecuencia de la competencia ejercida por los jóvenes, con posible disminución del rendimiento económico. Temor a la jubilación, con el consiguiente riesgo de pérdida de la identidad al cesar en el papel profesional.

c) Ruptura del equilibrio familiar producido por la partida del hogar de los hijos, por razones de trabajo o para formar sus propias familias. Ello da lugar a una pérdida o disminución de la posibilidad de vivir subsidiariamente la vida a través de los hijos, delegar en ellos la satisfacción de las pulsiones no cumplidas, hacerlos depositarios de partes, sentidas como malas o como buenas, del *self*, etc. También es posible que la

marcha de los hijos ponga al descubierto problemas conyugales hasta aquel momento enmascarados.

d) La situación de dependencia creada a causa de las enfermedades o decrepitud que, con frecuencia, acompañan al envejecimiento puede ocasionar una intensa ansiedad y conflictos con los familiares y personas que conviven con el anciano.

e) La proximidad de la muerte y el conocimiento de que ya no habrá oportunidad de poder satisfacer determinados deseos y de que las posibilidades de obtener satisfacciones van estrechándose progresivamente pueden desencadenar cuadros de ansiedad, síndromes depresivos y sentimientos persecutorios.

3) Un tercer grupo está compuesto por ancianos con un tipo especial de personalidad que se revela especialmente frágil ante el proceso de envejecimiento. Entre ellos, individuos con una notable estructura narcisista de la personalidad cuyas defensas se quiebran con el paso de los años. Esta estructura narcisista es, por cierto, la que les ha impedido pedir ayuda psicológica en épocas anteriores de su vida. La organización narcisista actúa como una barrera para evitar el sufrimiento mental que puede producir el contacto con la realidad interna, utilizando mecanismos de defensa muy primerizos, tales como la disociación, la negación, la omnipotencia y la identificación proyectiva masiva, con los cuales eliminar la dependencia del objeto y los dolorosos sentimientos de envidia (Rosenfeld, H.A., 1964a, 1978; Cohen, N., 1982). Este tipo de organización psíquica hace muy difícil soportar el proceso del envejecimiento, el declinar del vigor físico y la aproximación a la muerte, así como la superación de las tareas que antes he descrito como propias de la etapa de la vejez. Este fallo contribuye, aún más, al derrumbe del *self* idealizado sobre el que se ha sustentado este tipo de personalidad, y, consecuentemente, a un incremento de la envidia y la agresividad hacia el objeto sentido como bueno y necesario. Esta situación puede dar lugar a que se desmantele el precario equilibrio psíquico. Por otra parte, cuando estos pacientes solicitan ayuda lo hacen impulsados por la esperanza de recobrar su anterior estado y reforzar de nuevo su idealizado *self*, más bien que por el deseo de comprender y obtener una auténtica modificación de su estado mental.

También encontramos en este grupo, como un factor importante en la necesidad de ayuda, el sentimiento de soledad extremadamente doloroso que experimentan algunas personas y que puede intensificarse extraordinariamente con la edad (Cohen, N., 1982). Se trata de una soledad interna que, frecuentemente, tiene poco que ver con la realidad externa (Klein, M., 1957; 1963). Este sentimiento de soledad es producido por un fallo en el desarrollo de la capacidad para comunicar con los objetos internos. La aptitud para sentirse acompañado internamente y, por tanto, nunca solo aun en las condiciones más adversas, se halla estrechamente vinculado a la existencia de un buen objeto en el mundo interno del individuo, del cual el *self* se sienta separado y dependiente, y hacia quien

experimente amor y confianza. Como ya hemos visto en el capítulo 1, a través de la adecuada resolución de la posición depresiva el niño consigue establecer en su interior este buen objeto que le presta ayuda y sostén en todos los momentos de su existencia. Cuando la intensidad de las ansiedades esquizo-paranoides ha impedido evolucionar adecuadamente hacia la posición depresiva, no llega a producirse la internalización de un objeto bueno que proteja y acompañe. En el proceso de envejecimiento, cuando se precipitan las pérdidas de toda índole junto al declive del vigor y a los cambios somáticos, la carencia de este diálogo interno con un objeto amoroso y confiable es sentida como un vacío insoportable y da lugar a un sentimiento de soledad muy difícil de aliviar. Dado que esta clase de individuos no han experimentado de forma suficiente la relación de dependencia con el objeto que nutre y da vida, les es muy difícil aceptar, al llegar a este momento de su existencia, la necesidad de que alguien les ayude, y tampoco son capaces de establecer la relación adecuada para ello. El vacío interior actúa como obstáculo que impide la formación del vínculo preciso y el desarrollo de la comunicación. La dependencia es sentida como catastrófica y amenazadora. Por otra parte, el mismo sentimiento de soledad es exacerbado por la envidia y la rivalidad contra los otros, a quienes se siente poseedores de lazos emocionales cálidos y vivificantes. La relación psicoterapéutica se ve, también, muy dificultada por esta actitud frente a los otros. Si se consigue, en la p. p., disminuir la envidia y el resentimiento, el paciente puede aceptar la dependencia y la posibilidad de un intercambio fructífero y disminuyen el aislamiento y la soledad.

4) Finalmente, un cuarto grupo de pacientes ancianos es el de aquellos cuya necesidad de ayuda depende de las circunstancias extremadamente desfavorables que, en excesivas ocasiones, rodean a la vejez. Entre estas circunstancias cabe destacar: la pobreza consecutiva a la finalización de la vida laboral, sin pensiones de jubilación por falta de previsión, o con pensiones míseras; falta del sostén del marido en las mujeres viudas que no han llevado una vida propiamente activa; institucionalización en centros o residencias para ancianos con muy deficientes condiciones y equipamientos; desconsideración por parte de los familiares, quienes les juzgan como un estorbo para sus vidas; aislamiento completo por fallecimiento de los familiares o por abandono por parte de éstos; enfermedad del cónyuge a quien se ven obligados a cuidar, etc. Esta dura realidad externa puede provocar la aparición de ansiedades, respuestas desadaptadas y depresión en ancianos que, hasta el momento, no habían presentado dificultades psíquicas de ninguna clase y que podían considerarse razonablemente equilibrados. Especialmente frecuentes son los síndromes depresivos inducidos por la excesiva presión externa. Los síndromes depresivos son frecuentes en la vejez. Pero quiero subrayar ahora que es menester diferenciar la depresión que podemos llamar clínica o endógena, en el sentido clásico de la palabra, es decir, la depresión enfermedad grave y con una autonomía y entidad propias —tanto si se considera

producida por una alteración bioquímica, desde un punto de vista organista, como por una patología inconsciente, desde una perspectiva psicodinámica—, de las depresiones que yo denomino situacionales. Se tratan, estas últimas, de cuadros depresivos directamente provocados por el cúmulo de circunstancias externas desfavorables, a las que se pueden sumar alteraciones somáticas de mayor o menor gravedad. Estas depresiones situacionales se caracterizan por su favorable evolución tan pronto como se consigue una ligera mejoría del medio ambiente o se puede ofrecer alguna compensación substitutiva. Estas depresiones situacionales deben distinguirse no sólo de las llamadas endógenas, sino también de las conocidas con el nombre de reactivas, ya que éstas últimas no dependen de un conjunto de hechos adversos, sino de un factor puntual y concreto, altamente cargado de significado inconsciente y del cual, frecuentemente, se independizan por completo una vez ha actuado como desencadenante del proceso.

Si, como antes he expuesto, consideramos la vejez como una más entre las etapas de la vida, también podemos abordar los trastornos o dificultades psíquicas que pueden hacer necesaria la intervención del psicoterapeuta, no como una enfermedad según el modelo médico —o no tan sólo como una enfermedad según el modelo médico en aquellas ocasiones en las que realmente existe algún trastorno orgánico subyacente— sino más bien como un trastorno en el desarrollo de la personalidad, la cual ha quedado detenida en determinado momento de su evolución. En este caso, la ulterior progresión ha sido débil, dado que no es posible cumplir adecuadamente las tareas propias de cada etapa si no se han resuelto las que precedieron. Partiendo de esta idea, la finalidad del tratamiento estriba en ayudar al paciente —aun en su edad avanzada— a continuar un desenvolvimiento que ha de permitirle la plena utilización de todas sus posibilidades y recursos. Esta actitud, además de darnos vía libre para tratar a personas y no enfermedades, coloca al terapeuta en condiciones de tratar a un anciano de la misma manera como trataríamos a un joven o a un adulto, es decir, buscando cuáles son las tareas correspondientes a la etapa de la vida en las que ha fracasado, para ayudarle a seguir adelante desde el punto en el que había quedado inmobilizado. Por tanto, el diálogo ha de focalizarse sobre aquellas faenas específicas que es menester llevar a cabo en el momento actual del paciente, y en los residuos de las experiencias y conflictos de las etapas más tempranas de la vida que han permanecido sin una insuficiente elaboración mental. Esta focalización puede esquematizarse de la siguiente manera:

a) Definir la relación entre las experiencias de la infancia, la juventud y la edad adulta a fin de comprender cómo se ha desplegado la personalidad a lo largo de las diferentes etapas de la existencia, poniendo en relación estas experiencias y este progreso con los síntomas y perturbaciones con que se nos muestra este anciano.

b) Intentar que el paciente reemprenda su crecimiento con los recur-

sos y capacidades que le restan. Uno de los puntos que es imprescindible tener en cuenta en la p. p. efectuada con pacientes ancianos es el de los sentimientos y fantasías relacionados con los cambios corporales producidos por el envejecimiento. Estos cambios son sentidos, por la casi totalidad de los ancianos, como profundas heridas que afectan su propia imagen y autoestima. Algunos de los pacientes intentan negar estas modificaciones, como si no las percibieran o no les concedieran importancia, mientras que otros intentan compensarlas por medios tales como vestirse, hablar o comportarse como si fueran mucho más jóvenes de lo que son. A causa de que los ancianos se hallan tan hondamente afectados por los cambios y pérdidas en su cuerpo, el psicoterapeuta ha de explorar y clarificar los pensamientos y sentimientos que el paciente puede tener en torno a su apariencia física. Es muy probable que, precisamente a consecuencia de lo muy dolorosos que son estos sentimientos, el anciano intente evitarlos y que no hable nunca de ellos. En estos casos, el psicoterapeuta es el que ha de confrontarlo con esta prevención e invitarlo a indagar, sinceramente, todas sus vivencias sobre esta cuestión. Una vez verbalizados, los terrores y las fantasías son menos pavorosos que cuando no se quiere saber nada de ellos.

Algo que no debe caer en el olvido en el curso de la ayuda psicoterapéutica que se presta a los ancianos es el tema de la sexualidad. Hay muchos errores de concepto y muchas actitudes distorsionadas alrededor de la sexualidad en los viejos. El principal de estos conceptos equivocados es el de que los viejos no han de tener sexualidad, es decir, que no la tienen por razones biológicas y que no deben tenerla por razones psicológicas. No se les permite la sexualidad. Evidentemente, las investigaciones realizadas con alguna seriedad muestran, con estadística contundencia, que un elevado porcentaje de hombres y mujeres de más de 70 años llevan una vida sexualmente activa si las condiciones de su existencia son favorables para ello (Zarit, S., 1980). Pienso que los orígenes de esta prohibición de la sexualidad en las personas ancianas se remonta a la etapa del conflicto edípico en la cual el niño, consumido por los celos, el odio y la envidia, intenta negar que los padres mantienen relaciones sexuales. Más tarde el anciano, identificado con sus padres, o, dicho con más precisión, identificado con la imagen que él tenía de sus padres cuando era niño, ha internalizado esta prohibición y también se veta a sí mismo la sexualidad y, si la experimenta o la vive, la considera como algo vergonzoso y culpable. O sea, que nos encontramos ante una doble prohibición. Por un lado, adultos y jóvenes, a causa de su propio conflicto edípico y asimilando los ancianos a sus padres, les proscriben la sexualidad. Por otro lado, los propios ancianos, identificándose con sus padres a los cuales ellos negaron, cuando eran niños, la sexualidad, se sienten ahora obligados a renunciar a ella y la viven con grandes sentimientos de culpa. Ésta es una situación que el terapeuta debe aclarar, pero no sólo en el paciente, sino también, muy cuidadosamente, en su contratransferencia.

7.1.4. *Transferencia y contratransferencia en el tratamiento de los pacientes ancianos*

La transferencia, además de ser una reproducción y elaboración de las relaciones objetales infantiles es, así mismo, la expresión de los diversos conflictos y experiencias que se han producido en el curso del desenvolvimiento desde las primeras etapas de la vida hasta la vejez (Nemiroff, R.A. y Colarusso, C.A., 1985). Todas las vivencias que han tenido lugar en los diversos momentos evolutivos de la existencia se hallan presentes en la estructura mental del anciano, y ésta, a su vez, pese a ser muy distinta de la del niño, puede continuar su peculiar evolución. Por tanto, ha de sernos muy claro que no sólo la infancia, sino también todas las etapas de la vida subsiguientes son fuente de transferencia. Podemos decir que la respuesta emocional del paciente anciano frente al terapeuta es una síntesis de todo su pasado, desde la infancia hasta la vejez. Cuando los problemas y dificultades propios de las etapas infantiles no son adecuadamente resueltos, el desenvolvimiento y superación de las siguientes etapas de la adolescencia, juventud y adultez tampoco puede realizarse en su plenitud, produciéndose un arrastre de conflictos y dificultades no solucionados que se entorpecen los unos a los otros. Con ello, se llega al final de la edad adulta con un penoso lastre que impedirá un proceso de envejecimiento sano y equilibrado. Si no se han resuelto adecuadamente las ansiedades, conflictos y dificultades propios de los periodos edípico y preedípico, de la pubertad y adolescencia, del paso de la familia nuclear a la sociedad, de la realización profesional, de la identidad sexual, de la paternidad y la maternidad, etc., es natural que la vejez se presente como una etapa triste y desesperanzada en la que todos los anteriores fracasos y deficiencias hallan su culminación.

Hemos de recordar, sin embargo, que todos los modos y pautas de relación con los otros que el paciente ha ido ejercitando a lo largo de su vida, como defensas contra la ansiedad y el sufrimiento mental, se expresarán de nuevo en la relación con el psicoterapeuta, y así se le ofrece a éste una oportunidad inestimable para poder prestar la ayuda que se le solicita. Gracias a esta especial relación podrán intentar, uno y otro, revivir y elaborar, de manera más estimulante para el crecimiento mental, las experiencias pretéritas que, aun cuando concluidas y totalmente periclitadas en la realidad externa, continúan vigentes en el mundo interno del paciente. El terapeuta desempeña, progresiva o alternativamente, el papel o función de las personas más significativas para el paciente en los diferentes momentos de su vida y con las cuales éste había vivido una relación deficiente o distorsionada, a causa de sus fantasías inconscientes y de sus mecanismos de proyección, la cual actuó como freno e impedimento para su adecuado desarrollo. Y ésta es, justamente, la esencia de la p. p. A partir del esclarecimiento, del vivenciar de nuevo y de la elaboración de aquellos episodios de su existencia que pueden haber contribuido más decisivamente a la obstaculización de su desenvolvimiento psíquico,

el anciano puede ser ayudado a reemprender éste desde el lugar en el que había quedado detenido.

El terapeuta que trabaja con ancianos es objeto de sentimientos transferenciales provenientes de todas las etapas de la vida de su paciente. Cuanto más anciano es éste, mayor es el número de fantasías que, en su momento vividas y actuadas en la relación con otras personas en épocas pasadas, serán ahora revividas en la relación con el terapeuta. Esto incrementa la complejidad de la función de este último, exigiéndole un alto grado de empatía, de comprensión de la transferencia y de flexibilidad. Necesita estar preparado para recibir las proyecciones correspondientes a los primeros objetos y a las figuras más tardías en la vida del paciente, a fin de ayudarlo a entender, vivir y modificar el pasado dentro de su mundo interno. A diferencia, por tanto, de lo que sucede en pacientes más jóvenes, en los que el terapeuta queda revestido de las fantasías dirigidas hacia los padres, con este tipo de pacientes esta transferencia básica y fundamental coexiste con múltiples transferencias que corresponden a otras figuras —hermanos, hijos, abuelos, nietos, amigos, etc.— (Simburg, E., 1985). Esto es lo que R.A. Nemiroff y C.A. Colarusso llaman transferencias multigeneracionales. En una misma sesión, dice E. Simburg, los fenómenos transferenciales pueden reeditar las relaciones de cinco generaciones en lugar de las tres que es habitual en los pacientes jóvenes.

De acuerdo con R.A. Nemiroff y C.A. Colarusso, dividiré en distintos niveles o categorías las transferencias y contratransferencias que podemos hallar en el tratamiento del anciano.

a) *Transferencia parental.* El paciente reacciona ante el terapeuta como lo hizo ante la autoridad de los padres, formando con él una relación paternofilial. En muchos casos, a causa de las necesidades de dependencia inviste al terapeuta con importantes poderes y le asigna una imagen heroica e idealizada.

b) *Transferencia amistosa y fraternal.* En el curso del tratamiento el paciente dirige al terapeuta los sentimientos que correspondían al cónyuge, a un hermano o hermana, a un amigo importante, etc., ya fallecidos o alejados. Con este tipo de sentimientos el anciano pide al terapeuta que le ayude a poder enjuiciar y discriminar adecuadamente la realidad, le apoye en la toma de decisiones y comparta con él experiencias de naturaleza interpersonal. El terapeuta se encuentra ante la difícil situación de ver su edad ignorada y quedar transformado en un representante de estas personas importantes para el paciente en el pasado.

c) *Transferencia filial.* Este tipo de transferencia es muy corriente en el trabajo con los ancianos. El paciente vive al terapeuta como a un hijo, un nieto o un discípulo que necesita su ayuda y protección, negando todos los sentimientos de dependencia que él mismo pueda tener.

d) *Transferencia sexual.* En los pacientes de edad avanzada que se hallan, todavía, inmersos en los conflictos edípicos puede aparecer una fuerte sexualización de la transferencia.

En el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes ancianos, además de los sentimientos contratrtransferenciales que pueden experimentarse en cualquier paciente, joven o de media edad, se presentan contratrtransferencias más típicas y específicas, relacionadas con la edad y la situación del paciente. Un aspecto muy importante en el origen de estos sentimientos es la reacción del terapeuta delante de su envejecimiento. La psicoterapia es llevada a cabo por terapeutas más jóvenes que el paciente, pero que, como es natural, experimentan también, de acuerdo con su edad, su propio proceso de envejecimiento. Están perdiendo su juventud, si es que aún son jóvenes, o están soportando ya los cambios y modificaciones físicas, sociales, familiares y personales característicos de la vejez, si se hallan ya en los umbrales de ésta, con todas las ansiedades, tristezas y temores que ello comporta. De manera que todas las preocupaciones e inquietudes del paciente anciano frente a sus pérdidas, sus limitaciones y la perspectiva de una muerte que se perfila ya en el horizonte hallarán un fácil eco en el terapeuta, tanto si éste es consciente de ello como si no. Pero, como en toda respuesta contratrtransferencial, es menester que adquiera conciencia de ella, puesto que la manera como maneje sus ansiedades ante el proceso de envejecimiento influirá decisivamente en el estilo de su actuación ante el anciano. En el tratamiento de esta categoría de pacientes, por tanto, el terapeuta ha de estar atento no tan sólo a las ideas, actitudes, sentimientos y ansiedades de ellos ante el envejecimiento, las limitaciones físicas y la proximidad de la muerte, sino también a sus propios temores y fantasías en torno a este proceso.

Un aspecto importante en el tratamiento de los ancianos es el de la dependencia, ya que, por sus especiales circunstancias de vulnerabilidad física y emocional, aislamiento y fragilidad, el paciente anciano puede desarrollar una intensa vinculación de dependencia. Y también es posible que, a causa de estas características, el terapeuta llegue a desempeñar un papel excesivamente sobreprotector, paternalista y controlador. Lo que sucede en estos casos es que sus sentimientos contratrtransferenciales están excesivamente infiltrados del deseo infantil de vencer y dominar a los padres, vividos en los primeros años de la vida como omnipotentes y poderosos, y que ahora se muestran, representados por el paciente anciano, como débiles, necesitados y sometidos al hijo que se ha adueñado del poder. Como es natural, las respuestas contratrtransferenciales frente al paciente anciano pueden reproducir las dificultades y conflictos que sufrió el terapeuta en su infancia, pubertad y adolescencia, y la manera como ha vivido el envejecimiento, el enfermar y la muerte de los padres en los casos en que ésta se haya producido. Todas estas experiencias son revividas por el terapeuta en la relación con los pacientes ancianos.

A la vez, si los padres del terapeuta viven aún éste puede quedar muy influido, en la interacción con su paciente, por la relación actual con sus padres, dado que, muy frecuentemente, éstos pueden ser de una edad muy aproximada a la del paciente anciano, hallarse en unas condiciones parecidas a las de éste y estar inmersos en los mismos esfuerzos y proble-

mas para vencer y superar las tareas propias de la etapa de la vejez. A causa de ello, el terapeuta ha de tener muy claras las relaciones con sus padres antes de aventurarse al tratamiento de ancianos que pueden tener una edad muy similar a la de ellos. Los sentimientos contratrtransferenciales no conocidos y originados en la relación con los padres pueden conducir a una actitud de sobreprotección, a idealizaciones, a demandas y expectativas irreales, a sentimientos competitivos y de rivalidad, a menosprecio, a piedad, etc. O también pueden presentarse inadecuados sentimientos de temor irracional y de inhibición, remanentes de sus emociones ante los padres durante la infancia y que, en el momento actual, no le permiten pensar y hablar con libertad.

Los pacientes ancianos no sólo proyectan sentimientos sexuales y agresivos hacia el terapeuta, sino que también le invisten con sentimientos que tuvieron a sus hijos como destinatarios. A menudo el terapeuta es vivido como el hijo amante, atento y solícito que cuida a un padre o una madre venerados. El terapeuta, por su parte, puede desarrollar contratrtransferenciales y complementarias fantasías de ser el mejor de los hijos. Con esto, se entra en una colusión que lleva a ambos a una relación de mutua gratificación en la que uno hace de buen padre o buena madre, y el otro de hijo predilecto, con descuido de la verdadera vinculación terapéutica, fundada no en el intercambio de satisfacciones, sino en el esfuerzo para que el paciente comprenda su estado psíquico y pueda revivir idóneamente las experiencias pasadas. Sin una suficiente autocomprensión, el terapeuta puede deslizarse hacia este status de hijo idealizado, rivalizando en ser más considerado, más perfecto y más fiel que los hijos, reales o imaginarios, del paciente.

Los sentimientos contratrtransferenciales del terapeuta pueden presentar cuatro tipos de perturbación.

a) Sentimientos configurados por una esperanza omnipotente e irreal. Esta contratrtransferencia se revela por la tendencia del terapeuta a omitir las enfermedades y limitaciones reales de su paciente, acreditándole más fuerzas y capacidades de las que verdaderamente tiene, y negando las ansiedades de envejecimiento y de muerte que existen en uno y en otro.

b) Sentimientos de gratificación personal y de incremento del propio narcisismo. A consecuencia de la fuerte dependencia que puede presentar el paciente, el terapeuta corre el riesgo de caer en el océano narcisista de la idealización, de permitir que se le juzgue como imprescindible y grandioso y de utilizar, por tanto, la relación con su paciente para obtener una gratificación personal.

c) Irritación, malestar y deseos de evitar la relación con el paciente. La fuerte y excesiva demanda del paciente anciano, a causa de su aislamiento y su soledad, puede ser sentida por el terapeuta como intolerablemente insaciable, absorbente en demasía y amenazadoramente devoradora, provocando, reactivamente, el impulso de evitación, de huida y de rechazo.

d) Sentimientos de piedad y lástima hacia el paciente que se encuentra en el final de su vida. Los terapeutas pueden, así mismo, sentirse excesi-

vamente identificados e implicados en las limitaciones, sufrimientos e infortunios de su paciente, dejándose ganar por una visión demasiado pesimista, desesperanzada y compasiva, con pérdida del necesario equilibrio y ecuanimidad profesional para el asesoramiento realista de las posibilidades y recursos de que dispone el anciano.

El paciente anciano se encuentra inserto en la vida de forma muy distinta a la de los jóvenes y adultos. Éstos se encuentran, por lo general, incluidos en una trama de intensas y estimulantes vinculaciones con personas o amigos de uno y otro sexo, cónyuge, compañeros de trabajo, hijos, padres, etc., por más que sus dificultades emocionales les impidan gozar de ellas en la forma en que podrían hacerlo. Su trato con el terapeuta, aun cuando de extrema importancia, constituye un paréntesis en su vida, un episodio singular de particular alcance que se distingue, diáfaramente, de las otras formas de relación sin confundirse con ellas. Con excesiva frecuencia, desafortunadamente, el paciente anciano se encuentra lejos de esta situación; el cónyuge fallecido, desaparecidos ya los amigos, sin vinculaciones profesionales y con escasas o poco gratificantes relaciones con los hijos, en el horizonte de su vida parecen tan sólo dibujarse la decrepitud y la muerte. En estas circunstancias, es lógico que la relación con el terapeuta que atiende, escucha y comprende cobre un extraordinario relieve en la vida del paciente, convirtiéndose en el tema central de ella. Esta situación no es en absoluto deseable, a causa de su efecto enturbiador sobre la pureza y nitidez de la transferencia. Los sentimientos de dependencia, de idealización, de erotización, de demanda, etc., crecen y se expresan en ella con impetuoso vigor, mientras que los sentimientos de irritación, agresividad, envidia, rivalidad, celos y hostilidad quedan reprimidos y ocultos, ya que el paciente siente la imperiosa necesidad de proteger y mimar una relación tan vital para él, ahogando todo aquello que pudiera cuestionarla o ponerla en peligro. El terapeuta debe estar alerta ante este riesgo y aclarar cuanto sea menester esta idealizada transferencia, a fin de que ella no impida la reproducción y comprensión de todas las experiencias pretéritas con las personas significativas para el paciente. Ello da lugar, también, a un aumento de los obstáculos y dificultades para la terminación del tratamiento, ya que el paciente se adhiere al terapeuta como a un objeto real y gratificador, a causa de la carencia de otros objetos reales de los que pueda obtener las satisfacciones que precisa. Por tanto, la continuación de la vinculación con este objeto es asimilada a la vida y a la comunicación, y la finalización del tratamiento sentida como condena al aislamiento y a la muerte. Debido a ello, el paciente puede intentar recurrir a todos los medios para prolongar el tratamiento de manera indefinida, al tiempo que procura extraer de él las satisfacciones que la vida le rehúsa. Ésta es una situación que es necesario tener siempre en cuenta e interpretar cuantas veces sea preciso, a fin de precaver que la psicoterapia se transforme en una de tantas relaciones, más o menos conflictivas, que ha mantenido el paciente a lo largo de su vida.

En los pacientes de edad avanzada la perspectiva de terminación del tratamiento origina siempre una reactivación de las ansiedades de muerte, las cuales es necesario comprender y explicar detenidamente. A todas las pérdidas y duelos que comporta la vejez, vendrá a sumarse el de la desaparición de una relación auténtica y sincera que no puede ser substituida por otra, pero que tampoco puede perdurar ilimitadamente. En este sentido, podemos comprender fácilmente que el término de la p. p. sea vivido por los ancianos como una anticipación de la interrupción de la vida. El período de preparación para esta finalización es, por esta causa, el más adecuado para tratar las fantasías de muerte del paciente y darles su justo valor y significado en el conjunto total de su vida (Segal, H., 1958).

7.2. La psicoterapia psicoanalítica en la institución psiquiátrica (I. P.)

7.2.1. El lugar del psicoterapeuta en la institución psiquiátrica (I. P.)

Todo lo expuesto hasta el momento es igualmente válido para la p. p. practicada en consultorio —sea éste público o privado— o en el seno de la I. P. Ahora bien, la práctica de la p. p. en la I. P. —por el momento mucho menos frecuente que la ejercida en el consultorio con pacientes no internados— posee unas connotaciones específicas que es indispensable tener en cuenta, tanto para conseguir que los pacientes obtengan un beneficio de ella, como para evitar errores que la esterilicen y hagan inútil.

Cuando la p. p. es practicada con los pacientes que acuden a un consultorio externo el psicoterapeuta tiene que ocuparse, tan sólo, de la relación con sus enfermos. Las diferencias existentes entre distintos tipos de consultorios se refieren, por lo general, a detalles marginales de organización, como son las formas de llegada de los aspirantes a un tratamiento psicoterapéutico, la disposición de los horarios, el tiempo de que se dispone para el tratamiento, las formas de pago —directa o indirecta—, las pautas de selección de los pacientes, etc. Ahora bien, cuando el psicoterapeuta trata a un paciente internado en una I. P. se introduce una variable de importancia fundamental que, aunque ajena a la técnica psicoterapéutica propiamente dicha, influye de una manera decisiva en el curso y resultado de la misma. Este elemento nuevo que se introduce es la propia I. P., con toda su carga de significado, con su dinámica peculiar, con toda su enorme incidencia sobre el paciente y sobre el psicoterapeuta. Por otro lado, este último es, a su vez, una variable que percute con enorme intensidad en la I. P. y que, de una u otra forma, influye en su funcionamiento.

Y es precisamente esta relación entre la I. P. y el psicoterapeuta lo que otorga a la psicoterapia practicada en el ámbito hospitalario su sello peculiar y sus características más específicas.

En síntesis, el psicoterapeuta que trata a pacientes internados en una I. P. puede ocupar tres posiciones diferentes:

a) Permanece ajeno por completo a la I. P., acudiendo a ella tan sólo en momentos determinados para llevar a cabo el tratamiento de uno o más de los pacientes internados.

b) Se halla incluido dentro del conjunto del personal sanitario de la I. P. y, por tanto, forma parte de lo que puede considerarse como el conjunto de los recursos terapéuticos de ésta, desarrollando una función altamente diferenciada y específica. No se ve obligado a intervenir en las decisiones médicas y administrativas que se toman en torno al paciente y, como punto muy importante, no tiene que compartir lo que sabe de éste con el resto del personal sanitario, guardando totalmente la privacidad de sus relaciones con profesionales, a diferencia de lo que sucede entre los otros componentes del equipo asistencial, quienes suelen poner en común todos sus conocimientos en el curso de reuniones de equipo, intercambios personales, etc. Ésta es una cuestión especialmente vidriosa si no se consigue que sea comprendida por los otros miembros del equipo asistencial y por la administración.

c) En esta tercera posición, el psicoterapeuta cumple todas las características descritas en la posición b, pero, además, se preocupa por ejercer una acción sobre la I. P. a fin de lograr que ésta, como una totalidad, se relacione con los pacientes de una forma tal que ejerza, por sí misma, las funciones de un agente terapéutico. En este caso el psicoterapeuta, a más de su trabajo estricto con los pacientes que tiene en tratamiento, ha de estar totalmente integrado en la dinámica de la I. P., intentando modificarla convenientemente con su actitud, su presencia y sus palabras. En mi opinión, ésta es la posición que, para ser realmente útil, ha de ocupar el psicoterapeuta en el seno de la I. P. Antes, pero, de hablar más extensamente de esta interacción psicoterapeuta - I. P., diré algo en torno a las otras dos posiciones. Quiero advertir que cuando hablo del psicoterapeuta en la I. P. hago abstracción del número de los que deberían trabajar con ella. Es evidente que uno solo se encontrará ante una tarea desmesurada para las fuerzas de cualquier ser humano.

Por una parte, puede parecer que el psicoterapeuta que se dedica exclusivamente al tratamiento de determinados enfermos goza de unas condiciones especialmente favorables para el adecuado desarrollo del proceso terapéutico, ya que puede poner en juego su habilidad técnica y sus conocimientos sin sufrir de una manera directa —indirectamente ya es otra cuestión— las interferencias del conjunto de la I. P. Al mismo tiempo, le es factible conservar en su grado máximo las condiciones de anonimato, neutralidad, ausencia de cualquier contacto con el paciente excepto en los momentos del tratamiento, etc. El hecho de no verse influido por las opiniones psiquiátricas, actitudes del personal sanitario y de la administración, etc., es, así mismo, una indudable ventaja. Pero, al lado de todo esto, tal forma de trabajar comporta aspectos desfavorables que intentaré resumir.

a) En esta modalidad de trabajo el psicoterapeuta queda confinado al tratamiento de unos pocos pacientes, sin incidencia en la marcha general de la institución. Además, dado el tiempo que consume una p. p. con alguna ambición de profundidad, el número de pacientes favorecidos con este tratamiento es, en todo caso, muy limitado en proporción a las necesidades globales del centro.

b) Otra desventaja que planea sobre esta modalidad de trabajo es la de que los pacientes sean remitidos al psicoterapeuta no porque se juzgue, después de madura y conveniente reflexión, que tales pacientes están en condiciones de aprovechar el esfuerzo que se les dedicará —y aún podría añadirse: en condiciones de sacar más provecho que otros pacientes que, igualmente, podrían serle remitidos—, sino tan sólo como una forma de que, por lo menos, alguien se ocupe psicológicamente de ellos, dado que la institución como conjunto no se siente dispuesta a hacerlo.

c) Otro riesgo es el de que se le remitan al psicoterapeuta no aquellos pacientes en los que está más indicado un tratamiento psicoterapéutico, sino, por el contrario, aquellos enfermos que han conseguido fatigar a todo el personal sanitario, aquellos en los que se han ensayado, ya, todos los tratamientos biológicos y farmacológicos disponibles sin que se haya obtenido ninguna mejoría. No hace falta decir la fuerte dosis de agresividad que se esconde detrás de este recurso al psicoterapeuta; agresividad que, sin duda, se ve forzada por la falta de relación con este personaje mítico y fantasmático en que se convierte el psicoterapeuta que trabaja en estas condiciones.

d) Otro peligro es el de que se establezca una dicotomía entre un pequeño número de pacientes que reciben tratamiento psicoterapéutico, por un lado, y el resto de los pacientes, por otro. En este caso, puede ocurrir que los psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos y personal de enfermería no atiendan debidamente las necesidades psicológicas de los enfermos del primer grupo porque consideran que ya reciben el debido cuidado por parte del psicoterapeuta. Pero que tampoco otorguen esta atención a los pacientes del segundo grupo porque, dado que no se les ha remitido al tratamiento psicoterapéutico, es que no se les juzga tributarios de asistencia psicológica, con una lamentable confusión entre trato y tratamiento.

e) Igualmente, puede suceder que el psicoterapeuta no integrado totalmente en la dinámica de la I. P. quede transformado en un objeto de ornamentación o de lujo de la misma —como uno de estos aparatos médicos que cuestan millones y que se hacen servir en escasas ocasiones—, útil tan sólo para acallar la mala conciencia de todos y para que todos puedan, con mayor tranquilidad, continuar manteniendo una relación deshumanizadora y alienante con los pacientes, escudados en la justificación de que hay alguien que se ocupa psicológicamente de ellos.

f) Un grave contratiempo ligado a la falta de una adecuada integración del psicoterapeuta con el trabajo institucional reside en las fantasías que su presencia despierta. No quiero decir, con esto, que no origine

siempre fantasías y sentimientos contradictorios la presencia, visible y tangible, del psicoterapeuta, pero como ya sabemos que quien no está presente o lo está muy escasamente estimula, con más facilidad, ansiedades persecutorias que el contacto real y franco puede, con más o menos dificultades, hacer desaparecer o disminuir. Es comprensible con qué facilidad pueden surgir, por ejemplo, sentimientos de envidia enfrente de un personaje poco conocido, que domina una técnica que los otros no poseen y que le permite llegar a donde los otros no llegan. Estos sentimientos de envidia, persecución, humillación, etc., tanto pueden llevar a despreciar la psicoterapia, considerándola como una pseudociencia, una charlatanería a la que no se ha de dar ninguna importancia, como, por lo contrario, a magnificarla, recubrirla de expectativas maravillosas que, naturalmente, conducirán a la agresión de pedirle que cure a aquellos enfermos más difíciles y en los que todos los procedimientos han fracasado. Entre estos sentimientos también se presenta, con mucha frecuencia, el recelo, por el hecho de que el psicoterapeuta conoce del paciente cosas que el resto de los miembros del equipo no pueden conocer; también, sospechas de que la actuación del psicoterapeuta puede ser perjudicial para el paciente, lo cual da lugar a recriminaciones por falta de mejoría, hostilidad hacia el propio paciente porque se le siente cómplice de este terapeuta lejano, ignorado, envidiado y temido, con los graves perjuicios que pueden derivarse de esta enemistad y rivalidad entre el psicoterapeuta y el resto del equipo asistencial. No hay duda de que todo esto también puede ocurrir cuando el psicoterapeuta se encuentra plenamente vinculado con la dinámica institucional, pero es innegable que tales fantasías, hostilidades y sentimientos persecutorios se presentan con mayor frecuencia cuando no existe una relación personal y un diálogo que ayude a aclarar la situación.

En mi opinión, por tanto, pese a que es factible que el psicoterapeuta actúe en la I. P. tan sólo encargándose de determinados tratamientos psicoterapéuticos, no es éste el verdadero porvenir de la psicoterapia en la institución ni lo que puede lograr que ésta pase a ser un verdadero agente terapéutico para los pacientes en ella internados. Dicho de otra forma, la disyuntiva que se presenta es la de si la I. P. ha de ser únicamente un lugar de hospedaje en el que los pacientes que en él residan hallen determinados tratamientos específicos, tales como medicamentos, terapéutica conductista, psicoterapia individual o de grupo, terapéutica ocupacional, expresión psicomotriz, etc., o si la I. P. ha de actuar por el trato, no sólo por los tratamientos que en ella se dispensan, y por la forma como están organizadas las relaciones entre el personal sanitario; entre este personal y los pacientes, y entre los mismos pacientes, independientemente de los tratamientos específicos y concretos que se les ofrezcan. Pues bien, conseguir esto último, que la I. P. sea un verdadero agente terapéutico es, para el psicoterapeuta que en ella trabaja, tan importante, cuando menos, como el hecho de llevar a cabo tratamientos individuales o colectivos correctamente conducidos. El verdadero

impacto de su presencia ha de verse reflejado en la calidad de la asistencia psicológica que se dispense en la I. P. Su intervención ha de incidir, especialmente, en las relaciones miembros del equipo asistencial - pacientes, a fin de que toda la institución funcione como un ente terapéutico que ofrezca a los enfermos aquello que les es necesario. A fin de cuentas, tan sólo si existe el trasfondo institucional idóneo que permita a los pacientes repartir sus cargas pulsionales, recibir las de los otros y hallar un escenario congruente en el que proyectar y modificar, a través del continuo juego proyección-introyección, su mundo interno, podrá obtenerse el fruto deseado con el trabajo psicoterapéutico realizado en la I. P.

La estructuración de un apropiado sistema relacional entre psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y personal de enfermería ha de dotar a la I. P. de una capacidad de asistencia realmente beneficiosa, a la que se añadirán, en su caso, los tratamientos específicos. Así, una de las tareas del psicoterapeuta en la I. P. estriba en estimular el conocimiento de la dinámica inconsciente, y propiciar aquellas actitudes hacia los pacientes que son la premisa básica para transformar la I. P. en un agente realmente favorable para aquellos que en ella son asistidos.

7.2.2. *Terapéutica institucional*

Para comprender bien el papel del psicoterapeuta en la I. P. es menester, por todo lo que llevo dicho, discernir claramente lo que debe ofrecer la terapéutica institucional. Los enfermos psíquicos acuden a la I. P. para recibir una adecuada asistencia, y los miembros del equipo terapéutico tienen como misión hacerse cargo de ellos. Esto, que parece totalmente obvio, no se muestra siempre como tal cuando reflexionamos un poco sobre los hechos y las actividades que, muy frecuentemente, rodean las I. P., tanto desde dentro como desde fuera. Y, en gran parte, esta confusión viene dada por la falta de claridad que se arrastra a través del tiempo, desde la época de los hospitales psiquiátricos clásicos hasta nuestros días henchidos de conceptos renovadores y más o menos radicales, en torno a lo que han de ser las I. P. Si queremos conceptualizar y caracterizar el trabajo que se efectúa en la I. P. hemos de distinguir diáfanoamente entre terapéutica institucional y tratamiento. Los tratamientos llevan siempre apellidos que los caracterizan: farmacoterapia, psicoterapia, laborterapia, socioterapia, etc., y son, por tanto, métodos terapéuticos individualizados. La terapéutica institucional puede ser definida, en una primera aproximación, como el conjunto de medidas tomadas en el trato cotidiano con un enfermo a fin de mejorar y promocionar su salud mental. Por tanto, puede decirse que la terapéutica institucional representa la base sobre la que descansan los tratamientos específicos. El tratamiento sin apellidos, el tratamiento con mayúscula,

reúne el conjunto formado por el o los tratamientos concretos, por un lado, y la terapéutica institucional por otro.

Si intento avanzar un poco por este camino, he de destacar, y con esto, a la vez, podré aclarar un poco más la distinción que deseo hacer entre tratamiento y terapéutica institucional —también podría decir, simplificando, entre tratamiento y trato— que los enfermos de los que se responsabiliza la I. P. son, evidentemente, aquellos para los cuales un tratamiento determinado, sea el que sea, no es suficiente. Por el contrario, en tanto que un tratamiento es suficiente en sí mismo y puede ser aplicado según la metodología que le corresponde, sin ayuda de ninguna clase, entonces no es necesaria ni la institución ni la terapéutica institucional, tal como yo las entiendo. Consecuentemente, si una I. P. se aplica únicamente a la administración de tratamientos concretos cualesquiera que sean, considerando a los enfermos como huéspedes residenciales sometidos a un régimen determinado, esta I. P. no cumple su función, porque entonces olvida toda la dimensión de la terapéutica institucional.

Así, pues, el trato idóneo que ha de recibir el paciente en el seno de la I. P. se caracteriza por la manera como se le permite y se le facilita que exprese sus fantasías, gratifique sus necesidades de relación, establezca vínculos libidinales que lo aparten de su autismo, aprenda a diferenciar el mundo de la realidad externa de su mundo interno, introyecte imágenes confiables y benevolentes, se adiestre en nuevas pautas de comunicación, experimente cómo sus pulsiones agresivas pueden ser comprendidas y toleradas sin que sus efectos destructivos sean tan espantosos e irreparables como él temía, encuentre un marco adecuado para que sus aspectos sanos se manifiesten y ejerzan la dirección de su comportamiento, etc. Estas posibilidades de que la I. P. ofrezca un trato beneficioso en lugar de imponer un ambiente hostil, coercitivo y asfixiante, anulador de las capacidades que aún conserva el enfermo son las que el psicoterapeuta que trabaja en la I. P. ha de desvivirse para fomentar en la dinámica institucional.

7.2.3. *La coordinación entre el tratamiento psicoterapéutico y la terapéutica institucional*

Por lo que llevo dicho, es fácil entender los inestimables servicios que el tratamiento psicoterapéutico puede recibir de la terapéutica institucional. También, por el contrario, son igualmente fáciles de captar los efectos nocivos que la I. P. puede ejercer sobre el trabajo psicoterapéutico si el trato al paciente no es el adecuado. Estos efectos pueden llevar al fracaso total de cualquier intento psicoterapéutico. Veamos, pues, algunos aspectos de la interacción entre psicoterapia y terapéutica institucional.

El terreno en el que se mueven la terapéutica institucional y la psicoterapia es distinto. La p. p. trabaja en el nivel de la historia del sujeto, de

sus fantasías y de sus mecanismos inconscientes. La terapéutica institucional tiene su reino en el terreno de la realidad actual y social. El marco de trabajo es, así mismo, diferente. Para la p. p. el marco es estable, restringido y secreto. Para la terapéutica institucional se trata de un marco amplio, fluctuante y público, en el que intervienen todos aquellos que, de una u otra forma, se ocupan del paciente en la I. P. También el modo operativo es diverso. La p. p. se basa en la confrontación, la clarificación y la interpretación, mientras que la terapéutica institucional descansa en la estructuración de las relaciones interpersonales y grupales dentro del ámbito comunitario de la I. P. Podemos resumir estas diferencias diciendo que en la p. p. se trabaja en el área de las fantasías del paciente, y en la terapéutica institucional en el de la realidad externa en la que éste se halla inmerso. Se trata, por tanto, de una interacción en la que coexisten dos formas de relación con el paciente; formas que son netamente distintas, pero que pueden, como he dicho, influirse favorablemente o desfavorablemente la una a la otra. Sabemos, por ejemplo, que es muy difícil mantener un tratamiento psicoterapéutico con un paciente cuyo yo haya renunciado a todas sus funciones o en el que predomine un estado confusional. En estos casos, la terapéutica institucional puede prestar una gran ayuda al trabajo psicoterapéutico al contribuir a fortalecer y poner en funcionamiento el yo del paciente.

Esta interacción de doble abordaje no se plantea tan sólo por parte del psicoterapeuta y de los miembros del equipo asistencial. Frente a cada conflicto, interno o externo, el paciente puede ensayar su expresión y posible solución en dos distintos campos de acción: en el de la actualidad o realidad práctica del ámbito institucional, y en el de su intimidad inconsciente en el área del trabajo psicoterapéutico. Naturalmente, esta interacción bidimensional ha de llevarse a término de forma espontánea y no por un acuerdo formal de unos y otros. Si el paciente halla ante sí las dos posibilidades podrá utilizar el campo institucional para plantear problemas con la realidad, conflictos interpersonales y demandas diversas, y el campo psicoterapéutico para investigar y elaborar estas mismas cuestiones en su nivel inconsciente, y, de nuevo en el terreno institucional, podrá adoptar unas soluciones y formas de actuación de acuerdo con lo que haya comprendido en el proceso psicoterapéutico (Racamier, P.C., 1973).

La tarea del psicoterapeuta que quiere influir decisivamente en la I. P. es complejísima e inacabable. Por descontado, no me es posible dar una visión completa de ella. Sin embargo, existen algunos puntos clave a través de los cuales el psicoterapeuta puede incidir en la dinámica de la I. P. Para su exposición, seguiré las ideas básicas de P.C. Racamier en torno a esta cuestión.

a) Aclarar el significado y el sentido de cada uno de los papeles o funciones que corresponden a los enfermos y a los miembros del equipo asistencial. La configuración de la comunidad terapéutica dentro de la I. P. ha de ser lo suficientemente clara, armónica y comprensible para

que los pacientes puedan aprender a jugar el papel que les corresponde; papel que, evidentemente, no se cumple tan sólo con la pasividad, con permitir que los otros se hagan cargo de uno mismo, sino que se ha de llevar a cabo ocupando un lugar activo y preeminente en la organización de las diversas actividades, formas de interacción y pautas relacionales dentro de la vida institucional. Ha de intentarse que la comunidad terapéutica desarrolle una función útil, y para ello es menester una estructura flexible, adaptable a cada caso particular y en la que participen todos, enfermos y miembros de los equipos asistenciales. Al mismo tiempo, es necesario que los diferentes papeles sean permeables entre sí, de manera que cada uno tome parte en las preocupaciones y responsabilidades de los otros, sin que llegue, sin embargo, a producirse una confusión o difusión de papeles. Éste es, precisamente, el punto crítico de la cuestión: lograr que todos se sientan solidarios con el trabajo de los otros sin mezclarse con él.

b) Establecer pautas de comportamiento institucional. Es necesario que haya normas bien establecidas, claras y comprensibles para todos. Ahora bien, es imprescindible que las reglas estén fundadas en motivos inteligibles y realistas; no en costumbres, tradiciones ni hábitos rutinarios. Nunca han de ser inflexibles ni inamovibles, sino, por el contrario, afirmarse sobre razones abiertas a la crítica y a la discusión. Por tanto, han de ser normas susceptibles de ser modificadas y, a la vez, que puedan ser cumplidas. Normas que ayuden, no que obstaculicen y, muy especialmente, normas que favorezcan el acercamiento entre los diversos estamentos de la I. P., en lugar de actuar más bien como barreras e impedimentos de la comunicación. Es menester tener en cuenta que las normas son indispensables. Cuando se pretende hacer desaparecer toda pauta institucional, bajo el pretexto de liberalización, o bajo el empuje de ansiedades persecutorias o de culpa, no tarda en observarse como reaparecen, de forma más o menos encubierta, reglas de carácter mucho más compulsivo, ciego e inflexible que aquellas que habían sido abolidas.

c) Reafirmación de la realidad frente a las fantasías de los enfermos y del personal sanitario. El psicoterapeuta ha de saber desplegar, en lo que se refiere a su tarea en favor de la terapéutica institucional, una actitud distinta de la que precisa en el curso del tratamiento psicoterapéutico. En éste, tan sólo ha de entender y clarificar o interpretar las fantasías del paciente, sin dejar que la realidad externa interfiera en su comprensión y sin quedar él involucrado en esta realidad. Dentro de esta comprensión y esclarecimiento juega un papel importantísimo el estudio de la transferencia, lo cual le obliga a mantener al margen, en la medida de lo posible, su realidad personal, a fin de que ésta no interfiera en los procesos transferenciales. Pero la I. P. es algo muy distinto a una imagen neutra en la que proyectar las fantasías inconscientes. Es una realidad, la función de la cual estriba, en gran parte, en mostrarse como tal realidad para que el paciente se enfrente con ella, se adapte a ella en aquello que sea necesario e intente modificarla con su esfuerzo en lo que crea conve-

niente para su desarrollo y su reorganización mental. Se trata de una realidad que ha de servir al enfermo como un instrumento de gimnasia mental, un instrumento que le ayude a recuperar la posibilidad de discriminación entre el mundo externo y el mundo interno, entre el mundo objetual de su fantasía y el mundo de la realidad material. Así, pues, el psicoterapeuta ha de colaborar en el esfuerzo para que el personal de la I. P. sea capaz de ofrecer esta imagen de la realidad a la vez flexible y fuerte, a la vez comprensible y estable, en contacto con la cual el enfermo pueda recobrar el sentimiento de su individualidad. En muchos momentos, el personal asistencial ha de ser ayudado a comprender sus ansiedades y sus respuestas frente al enfermo, a fin de que le sea factible representar adecuadamente los límites, obstáculos y exigencias de la realidad exterior.

d) Comprensión del momento evolutivo en el que se encuentra cada enfermo. La terapéutica institucional para cada paciente ha de variar según el momento evolutivo de su enfermedad. Los síntomas no siempre señalan, de forma claramente detectable, la marcha de ésta. Es menester una visión dinámica para darse cuenta de la pauta de relación con el equipo asistencial que predomina en cada momento. A veces, una actitud agresiva por parte del enfermo, una fuga o una rebeldía, no significan que se haya producido un empeoramiento, sino que puede ser, por el contrario, la manera como el paciente nos comunica una mejora, una mayor capacidad de su yo para asumir responsabilidades, reclamando, por consiguiente, una mayor autonomía e independencia al sentir como contraproducente e innecesaria una tutela que hasta aquel momento se juzgaba imprescindible.

e) Clarificación de las relaciones interpersonales. Pese a que la misión del psicoterapeuta en la I. P. no es la de tratar al resto del personal sanitario, sí que, de alguna manera, puede llevar a cabo una labor que tenga como finalidad conseguir una mayor clarificación de las relaciones interpersonales y, también, de las relaciones entre los miembros del equipo asistencial y de la administración. El enfermo mental despierta fuertes ansiedades. De aquí la tenación, por parte de la sociedad, de mantener a éstos enfermos detrás de muros y rejas y de defenderse de muchas maneras de la inquietud que ellos le provocan, una de las cuales consiste, precisamente, en negar su existencia. Estas ansiedades ante la enfermedad mental se manifiestan a través de actitudes emocionalmente distorsionadas hacia quienes la originan, los enfermos: hostilidad, indiferencia forzada, sobreprotección, crueldad, etc. Pero, a la vez, las proyecciones masivas de hostilidad, agresión, miedo, exigencias invasoras de afecto, etcétera, de los enfermos mentales hacia el personal sanitario originan tensiones y malestares que dan lugar a conflictos entre los miembros de los equipos asistenciales o entre éstos y la administración de la I. P. La administración, por su parte, suele reaccionar, como el conjunto de la sociedad a la cual representa, con miedo y fuertes medidas defensivas frente a los enfermos. A causa de esta situación las I. P. son, fundamen-

talmente, ásperas para quienes trabajan en ellas y proclives a que en su seno se produzcan toda clase de colisiones y luchas pseudocientíficas, doctrinales, ideológicas, etc. Ningún psicoterapeuta conseguirá hacer desaparecer totalmente estas características indeseables de la I. P. pero si toma conciencia de su existencia tal vez pueda lograr crear un ambiente más propicio para el diálogo, menos asfixiante para las relaciones humanas y, por tanto, más favorable para los enfermos y para el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico.

7.3. La psicoterapia psicoanalítica en circunstancias de especial conflictividad

7.3.1. *Dificultades externas graves*

El título de este apartado podría dar la errónea impresión de que el curso típico de la p. p. es aquel que transcurre totalmente vuelto hacia el interior de la mente del paciente, para investigar sus habituales y repetitivas pautas de relación consigo mismo y con los otros puestas de manifiesto en su diálogo con el terapeuta, y sin otras peripecias que las que se derivan de este trato peculiar y específico. La más elemental experiencia psicoterapéutica enseña que las cosas no suceden de esta manera y que durante el desarrollo de cualquier tratamiento suele presentarse todo linaje de circunstancias externas que, por lo menos en apariencia, desvían la atención del paciente de aquello que está sucediendo en su interior y, aún más, de las complejidades de la relación terapéutica. En estos momentos, es fácil que el paciente, polarizada su atención por realidades particularmente adversas de su mundo externo, tales como problemas económicos, disensiones familiares, tensiones profesionales, necesidad de tomar una determinación sobre asuntos importantes, enfermedades somáticas, etc., presente escasa o ninguna atención a las palabras de su terapeuta, dirigidas a poner al descubierto lo que en aquel momento está sucediendo en su mente, y aun que sienta éstas como extemporáneas y fuera de lugar frente a la intensa preocupación que él está viviendo en relación a determinadas vicisitudes de su vida. Como consecuencia de ello, intenta transmitir al terapeuta su propia actitud y procura, por todos los medios, persuadirle de que aquello que en esta situación importa es hallar soluciones prácticas para resolver, lo más eficaz y prontamente posible, los problemas, obstáculos y dificultades que, pesadamente, gravitan desde el exterior y que, en su opinión, le impiden sentirse capacitado para la comprensión de sus fenómenos psíquicos.

Si el terapeuta, por errónea formación técnica o por distorsión contratransferencial, llega a creer que su trabajo consiste en opinar, aconsejar o informar acerca de aquellas dificultades externas con las que el paciente se está enfrentando, cae en una trampa de la que difícilmente podrá ya escapar. Estas actuaciones del terapeuta suelen recubrirse con argumen-

taciones sobre la necesidad de ser humano, flexible y realista, y saber diferenciar entre aquellas manifestaciones del inconsciente que es menester interpretar y las circunstancias ineludibles de la existencia. Pero todas estas razones no alivian en un ápice el quebranto originado al tratamiento. En el momento en que el terapeuta aparece como alguien que interviene y participa en la vida externa del paciente, como un objeto real, queda confundido con el objeto arcaico que aquél le proyecta constantemente y que es la imagen interna de los objetos que, en su infancia, también fueron reales —padres, hermanos, etc.— e intervinieron activamente en el proceso de su desarrollo. Y a partir de este instante, todo lo que el terapeuta haga o diga será experimentado por el paciente como una manifestación del comportamiento que él atribuye al objeto arcaico introyectado, totalmente confundido ahora con el terapeuta. Por tanto, el paciente repetirá indefinidamente con este último las mismas relaciones conflictivas que mantenía con sus objetos internos y que son, precisamente, la causa de las perturbaciones que le han llevado a buscar ayuda.

La única pauta de actuación de que dispone el terapeuta para evitar ser confundido con el objeto arcaico que se le proyecta estriba en evitar toda injerencia en la realidad externa, limitándose siempre a confrontar, clarificar e interpretar, sean cuales sean los problemas que el paciente le presente. El terapeuta ha de evitar entrar en la realidad para conservar su propia realidad y no convertirse en un objeto de la fantasía del paciente, con lo cual quedaría incapacitado para la función que le corresponde.

Hemos de tener presente que la comunicación —tanto la verbal como la subverbal— no se efectúa nunca en el vacío, como ya he dicho al hablar de la transferencia. Todo lo que el paciente dice o hace va dirigido al terapeuta y a través de esta comunicación le expresa su situación mental, sus ansiedades, su conflicto básico predominante en este preciso instante y sus esfuerzos para adaptarse a él, su demanda de conocimiento y sus resistencias al mismo. Y esto es así aun cuando el paciente se halle frente a unas circunstancias externas extremadamente penosas o particularmente difíciles de resolver.

Sin lugar a dudas, tampoco podemos dejar de tener en cuenta que las incidencias externas muy dolorosas o agobiantes para el paciente, especialmente cuando sobrevienen de forma imprevista, son desfavorables para el curso del tratamiento. Y, evidentemente, la realidad externa ha de ser justamente calibrada para comprender la situación en la que se halla el paciente, sin lo cual no son posibles las intervenciones correctas, así como para poder medir de qué forma esta realidad está influyendo en el proceso terapéutico. Pero la p. p. ha de ir mucho más allá de esta cuidadosa comprobación. Su esencia consiste en permitir al paciente un acercamiento a sus relaciones objetales básicas, gracias a lo cual podrá disponer de una perspectiva distinta a la simple visión externa de aquello que está sucediendo en su vida cotidiana. A partir de aquí, le será posible contemplar las dificultades y problemas desde otro ángulo, en su escenario mental, con otro significado interno que coexiste con el significado

que poseen en su vida externa. Y, naturalmente, la capacidad de percatarse del sentido inconsciente de ansiedades, temores e inhibiciones en apariencia sólo originados por dificultades extrínsecas y ocasionales, facilita la posibilidad de examinar éstas bajo una nueva luz. Con ella, será posible afrontar tales dificultades sin el lastre sobreañadido de los conflictos internos que infiltran y distorsionan toda la situación. A lo dicho, debe añadirse la oportunidad que ofrece el tratamiento de investigar el grado de responsabilidad que corresponde al paciente en el desencadenamiento de los hechos penosos que pesan sobre él, a fin de deslindar lo que hay de externo e inevitable en los mismos y lo que corresponde a su propia actuación y, por tanto, susceptible de ser modificado.

He dicho antes que, cuando se presentan circunstancias extremadamente difíciles y dolorosas, el terapeuta ha de evitar el error de abandonar su verdadera función y someterse a las exigencias del paciente que le pide, de manera más o menos encubierta, que participe en la realidad externa. Pero he de añadir ahora que estas exigencias son, ciertamente, sólo parciales porque, por mínima que sea la capacidad de *insight* del paciente, él conoce, de manera intuitiva, cuál es la verdadera misión del terapeuta y, en consecuencia, sentirá intensificarse su ansiedad y desesperación si percibe que quien debe ayudarlo ha quedado inutilizado para ello, al quedar inextricablemente atrapado en la trama repetitiva de sus patológicas relaciones objetales.

Las intervenciones del terapeuta deben regirse siempre por la misma regla técnica: dirigirse a incrementar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo. Y de ella no han de apartarse sean cuales fueren las presiones externas que recaen sobre el paciente, a menos que estén dispuestos a aceptar, a plena conciencia, que la p. p. se convierta en una psicoterapia de apoyo, directiva, de aconsejamiento, etc. Ahora bien, no va en contra de esta regla técnica fundamental el hecho de que el terapeuta tenga en su mente en todo instante las vicisitudes por las que atraviesa el paciente en cada momento, especialmente cuando éstas son particularmente penosas, y, firmemente, sin cambios ni modificaciones extemporáneos, sin quebranto de su función comprensiva y explicativa, adapte ésta al mensaje que el paciente le está transmitiendo a través de su peripecia vital.

Al mismo tiempo, el terapeuta debe estar preparado para la focalización de asociaciones que se produce en los casos en los que el paciente se halla totalmente inmerso en los sentimientos de ansiedad, tristeza, dolor e incertidumbre propios de determinadas constelaciones conflictivas a las que ha de adaptarse o que se ve obligado a resolver. No ha de extrañarle, ni hemos de poner reparo a ello, que el paciente desee hablar de continuo de las cuestiones que le preocupan y que anhele que él se muestre, también, interesado en aquello que tanto le agobia. Considero un error técnico el que, en estos momentos, el terapeuta realice intervenciones completamente desviadas de las circunstancias dolorosas que el paciente está exponiendo. Por un lado, lo más probable será que éste no entienda lo que se le intenta explicar. Por otro, tal tipo de intervención dará lugar a

que el terapeuta sea sentido como alguien distante, inaccesible, inafectivo, ocupado tan sólo en cavilaciones e ideologías que trata de imponer al paciente, sin importarle sus sufrimientos. En realidad, no debe temerse que esta polarización de la comunicación verbal en un tema determinado tuerza la finalidad de la sesión terapéutica al impedir la visión de los conflictos inconscientes del paciente, y, por tanto, no debe forzarse a éste a abandonar aquello que le preocupa. El terapeuta puede, en todo caso, seguir su labor de investigación del inconsciente a través del material que se le proporciona. Y, para que ello sea así, debe atender a dos perspectivas de la psicología dinámica que llamo, respectivamente, de la expresión múltiple y de la multiplicidad de la comunicación. En virtud de la primera, el conflicto básico se expresa a través de múltiples asociaciones, como si el inconsciente nos ofreciera diversos caminos que llevan, todos ellos, a la misma ciudadela oculta y fortificada por los muros de los mecanismos de defensa. Gracias a la segunda, sabemos que cada elemento comunicativo del paciente expresa distintos aspectos, facetas y niveles de profundidad de dicho conflicto básico predominante en aquel momento determinado. Por tanto, en sus intervenciones el terapeuta debe mostrarse en estrecho contacto con el sufrimiento del paciente para, partiendo de la comunicación que éste le ofrece en torno de los asuntos que ocupan dolorosamente su mente, enseñarle cómo a través de sus palabras expresa estados psíquicos inconscientes, profundamente arraigados y, dentro de límites variables en cada caso, hondamente infiltrados en los acontecimientos ante los que pugna por hallar solución o frente a los que se declara carente de recursos.

Es menester tener en cuenta que estas situaciones particularmente agobiantes que ocupan la atención del paciente se presentan, como ya he dicho antes, en el curso del tratamiento, pero que otras veces constituyen en sí mismas el motivo de la demanda de ayuda que el paciente refiere a unas circunstancias muy puntuales y concretas. En este último caso, el terapeuta goza de mayor libertad, puesto que durante las primeras entrevistas y antes de formalizar la relación de trabajo tiene ocasión de dejar en claro que el objetivo del tratamiento no será hallar soluciones a las dificultades que aquejan al paciente, sino profundizar en la mente de éste a fin de que la comprensión obtenida de sí mismo le permita disponer, en las mejores condiciones posibles, de sus propios recursos psíquicos. Por regla general, una explicación de este tipo, realizada en la forma adecuada a la capacidad del paciente, lleva a éste a renunciar a la existencia de una solución inmediata, así como a la aceptación del esfuerzo por investigar aspectos de su mente, conscientes e inconscientes, aparentemente alejados de su sufrimiento actual y sensible.

Quiero terminar este apartado insistiendo en la necesidad de que el terapeuta no abandone su función específica por graves que sean o parezcan las circunstancias externas en las que se encuentra el paciente. Entonces, más que nunca, es cuando éste necesita de un conocimiento interno que le permita superar sus dificultades. Nunca debe añadirse, a los

infortunios que sobre él pesan, el de la pérdida de la ayuda que puede prestarle una límpida e incontaminada relación terapéutica.

7.3.2. Manifestaciones psicóticas

Al hablar de manifestaciones psicóticas en el paciente no me refiero a aquellas particularidades del funcionamiento psíquico que se transparentan en la transferencia y que usualmente se consideran de tipo psicótico, como son la identificación proyectiva masiva, la confusión con el objeto, la disociación extremadamente intensa, la negación, las defensas maníacas, etc. Muchos pacientes cuyo comportamiento externo parece aceptablemente adecuado presentan estas características transferenciales. De lo que pretendo ocuparme ahora, sucintamente, es de las manifestaciones psicóticas clínicamente aparentes que inciden de manera perturbadora en la vida del paciente y que pueden, incluso, impedirle el desempeño razonable de sus tareas habituales y la normal convivencia con quienes le rodean.

Las manifestaciones psicóticas clínicamente manifiestas pueden estar presentes ya en el paciente antes de iniciarse el tratamiento e incluso ser la causa de la demanda de éste. En tales casos, considero que sería una irresponsabilidad por parte del terapeuta hacerse cargo del paciente sin la indispensable ayuda de tipo familiar y psiquiátrico. Ante un paciente psicótico, el terapeuta debe exigir que algún familiar se responsabilice de procurar asistencia psiquiátrica al paciente en caso de que los síntomas o comportamiento psicótico lo hagan necesario. Lo más conveniente es que el paciente entre ya en contacto con el psiquiatra al que deberá acudir en caso de que la agravación de los síntomas lo haga imprescindible, a fin de que el previo conocimiento haga más fácil su intervención en el momento preciso. En ocasiones, el estado del paciente obliga a que el psiquiatra entre en acción desde el primer momento con las medidas de sostenimiento que considere necesarias, tales como organización del plan de vida, adecuación de la convivencia familiar, medicación, etc. Dado que los psicóticos provocan, fácilmente, estados de ansiedad y desorientación en los familiares que conviven con ellos, tales como padres, hijos, cónyuge, etc., debe indicarse claramente desde el principio que, siempre que necesiten de alguien que les ayude y oriente en sus inquietudes y en la adopción de las actitudes más idóneas ante el enfermo, no deben recurrir al terapeuta sino al psiquiatra u a otro especialista que ellos elijan. Todo lo que estoy diciendo no cambia en absoluto, como es fácil de entender, por el hecho de que el psicoterapeuta posea también la calificación de psiquiatra y se halle preparado para tratar como tal a enfermos psicóticos, ya que el desempeño de una actuación psiquiátrica, por mínima que fuere, le incapacitaría irremediabilmente para mantener una relación psicoterapéutica con el paciente.

Cuando las manifestaciones psicóticas aparecen durante el curso del

tratamiento de un paciente que, hasta aquel momento, no las había presentado, la conducta a seguir será la misma en lo que se refiere a la necesidad de que un psiquiatra controle la sintomatología clínica y tome las oportunas medidas asistenciales si ello es preciso. El terapeuta debe abstenerse de cualquier intervención activa y limitarse a indicar al paciente que, dada la índole de la relación psicoterapéutica, es menester que sea otro profesional quien se ocupe de los síntomas clínicos que han hecho aparición y que perturban el curso del tratamiento. Si la falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente le impide solicitar el apoyo de sus familiares o de un psiquiatra, y si el terapeuta entiende que puede existir un peligro grave para la vida o los intereses del paciente, considero técnicamente lo más correcto solicitar una entrevista conjunta con el paciente y algún familiar próximo, a fin de exponer el estado de la cuestión y recabar su auxilio como una condición básica para la continuidad del tratamiento.

En lo que concierne al curso del proceso, el terapeuta debe examinar cuidadosamente cuáles han sido sus intervenciones y sus relaciones con el paciente, para calibrar si el desencadenamiento de las manifestaciones psicóticas se debe a algún error técnico o a una actuación impropia. En esencia, la ruptura psicótica durante el tratamiento puede producirse principalmente por las siguientes causas:

- a) Reactivación de una situación conflictiva amenazadora que permanecía reprimida y precariamente equilibrada.
- b) Intensificación de las ansiedades persecutorias provocadas por un tipo de relación que el paciente siente como peligrosa e invasora.
- c) Demolición de las defensas que proporcionaban una contención de los conflictos inconscientes, a través de interpretaciones precipitadas y que no fueron acompañadas de una información suficiente acerca de las ansiedades y sufrimientos psíquicos que tras ellas se ocultan.
- d) Estimulación indebida, a causa de un comportamiento que puede ser experimentado como incitador, seductor o excitante, de pulsiones y fantasías que el paciente vive como peligrosas o aterradoras.
- e) Bajo la presión de las ansiedades persecutorias propias de la posición esquizo-paranoide, aquellos pacientes que no han superado, o lo han hecho muy incompletamente, dicha posición, se ven obligados a mantener, a través de una fuerte disociación, las pulsiones amorosas radicalmente separadas de las destructivas, así como el objeto bueno distanciado del objeto malo. Aun cuando estos estados de disociación son patológicos en sí mismos e impiden un normal crecimiento de la mente, permiten, si no son excesivamente intensos, mantener cierto grado de organización mental (Klein, M., 1946; Rosenfeld, H.A., 1950). Algunas interpretaciones, especialmente aquellas que son muy parciales e incompletas, pueden tener el efecto de anular esta disociación sin ofrecer, a cambio, un soporte de comprensión que permita integrar los aspectos previamente disociados. Ello puede dar lugar a un estado confusional agudo. Debe tenerse en cuenta que, como ya he subrayado anteriormen-

te, el marco de trabajo de la p. p. no es adecuado para las interpretaciones de regresiones transferenciales profundas ni para las interpretaciones de objeto parcial.

Evidentemente, no siempre que se presentan manifestaciones de tipo psicótico en el curso del tratamiento psicoterapéutico es forzoso que la causa resida en un error técnico o mala conducción del mismo. En muchas ocasiones la ruptura psicótica no aparece como consecuencia del tratamiento, sino a pesar del mismo.

Además de subsanar posibles deficiencias técnicas cuando éstas hayan sido reconocidas, el terapeuta debe pugnar por mantener al paciente en contacto con la realidad. En muchas ocasiones, la descompensación psicótica puede haber sido producida como respuesta a algún estímulo externo que ha encontrado una resonancia muy específica en el conflicto básico interno. El esclarecimiento de esta vinculación es indispensable para la recuperación del nivel previo de funcionamiento. Dado que las interpretaciones transferenciales son siempre susceptibles de favorecer la regresión, creo que no deben ser utilizadas en la p. p. durante los episodios psicóticos, ya que en este tipo de tratamiento las posibilidades de contención y elaboración de la ansiedad no son suficientes.

7.3.3. Problemas derivados del aborto

En algunas ocasiones, el terapeuta debe enfrentarse con las consecuencias psíquicas de un aborto, espontáneo o provocado, que se ha producido antes del inicio del tratamiento o durante el curso de éste. Aunque suelen relacionarse estas secuelas con la mujer, el hombre no está exento de ellas, si bien pueden transcurrir en él de forma más oculta y difícil de descubrir. El aborto no incumbe a una sola persona, la mujer gestante, sino que es un problema de la pareja, y ambos componentes de la misma deben resolverlo, tanto individualmente como en el seno de sus relaciones mutuas. El aborto es, siempre, un accidente traumático y comporta, por tanto, una herida, una desorganización del sentimiento de identidad y una pérdida. Si no se produce la necesaria elaboración del duelo, la culpa, los sentimientos de quebranto y la vivencia de una destrucción interna persistirán, tanto a nivel individual como de pareja. Es imprescindible que el terapeuta comprenda toda la profundidad de la respuesta emocional ante el aborto, a fin de ayudar al paciente a reestructurar su situación interna.

Es muy frecuente que, cuando el aborto tiene lugar durante el curso del tratamiento, el terapeuta quede involucrado, en las fantasías del paciente, como participante en el aborto o como responsable del mismo por no haber actuado de forma tal que éste no se haya producido. En la fantasía del paciente el terapeuta puede, también, representar su pareja, y el aborto en estos casos significa la esterilidad de la unión de ambos, el tratamiento que ha fracasado. Por tanto, a los sentimientos de depresión

y culpa por la pérdida del feto se unen los originados por el detrimento ocasionado al proceso terapéutico.

La actitud y las intervenciones del terapeuta deben dirigirse fundamentalmente a lograr que el paciente elabore el duelo por la pérdida que supone el aborto. Desde esta perspectiva, ha de estar sumamente atento a clarificar los sentimientos de culpa originados por el aborto, ya que si éstos son excesivos impiden la elaboración e impulsan a buscar otras soluciones, como puede ser la aparición de defensas maniacas con las que se intenta enmascarar los sentimientos depresivos (Tous, J.M., 1985).

Como es natural, tanto la personalidad previa como las causas reales que han acompañado y condicionado el aborto tienen la máxima importancia en la forma como éste es vivido y en la manera como el paciente trata de adaptarse a los sentimientos por él desencadenados. La presencia de un compañero que comparta las emociones, el dolor, el duelo y los intentos de reconstrucción representa una gran ayuda para la labor del terapeuta. Por el contrario, la falta de apoyo emocional, la soledad y el abandono de la pareja son factores que pueden inclinar la balanza hacia el lado de la desesperación o de la respuesta maniaca. Es también esencial lograr que el paciente se haga consciente de las relaciones que mentalmente ha mantenido —y, en parte, aún mantiene— con el feto malogrado. En todos los casos han existido, durante el embarazo, sentimientos de amor y de odio hacia el feto que anida en las entrañas de la madre. Si ha predominado el amor, es más fácil que el paciente tolere la depresión, que la culpa posea un carácter reparador y que tenga lugar, en el espacio mental, una reconciliación con el hijo que pudo ser. Si, por el contrario, el odio y el rechazo presidieron las relaciones con el feto, sobreviene la culpa persecutoria y, como una defensa contra ella, el aumento de la hostilidad hacia el feto y hacia uno mismo identificado con él, con lo cual se hace imposible la elaboración del duelo y la reparación. Esta identificación explica, por otra parte, la aceptación de riesgos de toda índole y situaciones inadecuadas ligadas al aborto como si el paciente, hombre o mujer, hubieran de sufrir como el hijo abortado, y padecer, por ello, daños físicos y psíquicos (Tous, J.M., 1985).

El peligro de la identificación a la que acabo de hacer referencia en el anterior párrafo reside, principalmente, en que ella puede llevar al paciente al desesperado intento de hacer fracasar el tratamiento, condenándose, como el feto desaparecido, al sufrimiento y a la incapacidad para el crecimiento mental. Sólo si el terapeuta conoce estos peligros y está atento a ellos podrá mostrar al paciente la identificación con el feto y la culpa persecutoria que se esconden tras sus resistencias y tendencias autodestructivas.

7.3.4. La intervención en crisis como psicoterapia

El concepto y término de «intervención en crisis» han obtenido, en los últimos años, una resonancia y una aceptación cada vez mayores. Todos aquellos que se ocupan de los problemas de la salud mental, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, psicoterapeutas, etc., se han percatado de la necesidad de incidir lo más prontamente posible en los trastornos psíquicos y tal presteza es especialmente importante cuando éstos se presentan en forma de cuadros clínicos agudos o desadaptaciones bruscas del comportamiento, es decir, cuando aparecen como una crisis psicológica con los mismos caracteres de urgencia y requerimiento de asistencia inmediata con que lo hacen las crisis de tipo somático tales como un infarto de miocardio o un coma diabético. El objetivo de la intervención en crisis es el de evitar, con una rápida actuación, la cronificación y, por tanto, la adopción de medidas más costosas y desagradables como el internamiento psiquiátrico o la instauración de largos tratamientos. La creación de departamentos de psiquiatría, con su correspondiente participación en los servicios de urgencias de los hospitales generales, así como la de centros de asistencia psiquiátrica primaria ha contribuido a difundir y popularizar la práctica de la intervención en crisis frente a los cuadros agudos que acuden a dichos centros sanitarios.

Como regla general, la intervención en crisis busca obtener una visión global de los factores —interpersonales, sociales, familiares y laborales— que han participado en el desencadenamiento del cuadro y, desde un punto de vista estratégico, intenta reajustar los elementos de manera que pueda restablecerse el equilibrio psíquico —aunque frágil e inestable— anterior. No solamente toman parte en esta actuación los profesionales de diversas ramas dentro del área de la salud mental, sino que también son incluidas, dentro de lo posible, aquellas personas que por su cercana convivencia con el paciente pueden haber influido en la ruptura de la previa estabilidad o podrán colaborar en la restauración de la misma. No es mi propósito, en este breve apartado, estudiar las técnicas y estrategias de la intervención en crisis, ya que ello no correspondería al tema central de este volumen. Quiero, tan sólo, mencionar sucintamente la posibilidad de que la intervención en crisis adquiera las características propias de la p. p., y aun se constituya en la introducción a un verdadero tratamiento psicoterapéutico.

De la misma manera que, como ya he expuesto, el psicoterapeuta tiene su papel y su lugar en la institución psiquiátrica, también en los centros asistenciales en los que son atendidos estados agudos de descompensación psíquica puede ejercer su función específica, ya sea con una actuación exclusivamente psicoterapéutica, o, más probablemente, con un tipo de ayuda que se añade a la que puedan prestar otros profesionales. El hecho de que estos últimos incidan en las relaciones familiares, propongan programas de comportamiento, ensayen una modificación de las circunstancias que, de alguna manera, tienen que ver con la crisis, etc.,

no impide que el psicoterapeuta, siguiendo las normas básicas que hasta aquí he establecido, intente ofrecer al paciente una comprensión de sus procesos psíquicos y de cómo éstos se vinculan con su situación actual. En otros casos, puede ocurrir que la índole del trastorno y la receptividad del paciente hagan innecesaria otra intervención que no sea la de una relación destinada a brindar la oportunidad de un mayor conocimiento del propio mundo mental. Es evidente que el conocimiento que puede transmitirse a través del limitado contacto de una intervención en crisis no puede producir cambios en la estructura de la personalidad, pero sí puede ser útil para que el sujeto comprenda algunas de sus pautas de funcionamiento mental y del comportamiento que le han conducido a su desajuste actual, y que ello le ayude a volver a su estado habitual.

Las características específicas de la actuación del psicoterapeuta en la intervención en crisis puede esquematizarse de la siguiente forma.

a) Evitación de toda involucración con la realidad exterior. No es necesario añadir nada a lo ya expuesto en otros momentos sobre esta cuestión.

b) Focalización del conflicto, externo o interno, que ha provocado la ruptura del equilibrio anterior. No cabe duda de que la intervención en crisis como psicoterapia es una modalidad de ésta altamente focalizada. A causa de la agudeza de la situación, el terapeuta y el cliente deben esforzarse, desde el principio, en definir el área específica hacia la cual ha de ser dirigida la intervención. Ocasionalmente, el terapeuta puede encontrarse con algunos pacientes que son capaces, por sí solos o con pequeña ayuda, de comunicar un problema claro y articulado que ha de ser considerado como el nudo central de la crisis. Sin embargo, tales casos suelen ser la excepción más que la regla (Ewing, C., 1978). Con mayor frecuencia el terapeuta se encuentra ante pacientes que presentan múltiples dificultades, o que tienen tan sólo vagas ideas acerca de qué es lo que ha dado lugar a su actual perturbación. Ocurre también a menudo que el paciente, por razones de tipo familiar, miedo, vergüenza, etc., oculte sus verdaderas preocupaciones e inquietudes. Obviamente, el terapeuta ha de tener una actitud más activa en este tipo de tratamiento y se verá obligado, en muchas ocasiones, a preguntar directamente al paciente acerca de sus motivos de ansiedad y de los factores que él piensa han producido el desarreglo que le impulsa a buscar ayuda.

c) Desarrollo de la relación con el paciente. Se trata de un encuentro con características muy peculiares y diferentes de las que hemos visto en el planteamiento general de las entrevistas iniciales en la p. p. Se trata, de ordinario, de pacientes muy angustiados, que se hallan muy desorientados por lo que les ocurre y que temen ser tildados de enfermos mentales. Por otra parte, no han tenido tiempo de preparar este primer contacto con el terapeuta y, muchas veces, no saben a quién han acudido. Además de esforzarse en tener en cuenta todo aquello que ya he mencionado en el apartado correspondiente a las primeras entrevistas, creo que, en estos casos, lo más indicado es que el terapeuta haga una introducción de sí

mismo, explicando cuál es su papel y el tipo de ayuda que puede prestar con palabras apropiadas a la mentalidad del paciente. Debe subrayar que, aun cuando puede haber un cúmulo complejo de circunstancias que han conducido a la actual crisis de angustia, depresión, intento de suicidio, ruptura familiar, etc., será más fácil enfrentarse a ellas; si entre los dos, consiguen que adquiera una mayor comprensión de sí mismo y de su forma personal de vivir las experiencias desagradables que en estos momentos recaen sobre él. Tal tipo de mensaje es, habitualmente, bien aceptado por el paciente, quien percibe que el terapeuta no le trata como a un enfermo mental y que está dispuesto a ayudarlo, sintiéndose, con ello, predispuesto a la relación de trabajo indispensable para la delimitación del conflicto.

De alguna manera, directamente o a través de una confrontación, el terapeuta debe plantear al paciente la cuestión de por qué la crisis se ha producido en este momento, y qué es lo que ha provocado en él la necesidad de algún tipo de tratamiento. Algunos pacientes son capaces de referir algún suceso particularmente traumático —objetivo o subjetivo— tales como pérdida, conflicto, fracaso, cambio imprevisto, etc., de manera que la intervención puede dirigirse, rápidamente, a lograr que el significado interno de dicho acontecimiento pierda su potencialidad desorganizadora al ser comprendido y asimilado. Dado, sin embargo, que la mayoría de los pacientes no expresan un trauma claramente identificable que pueda ser relacionado con la crisis actual, el terapeuta debe estimularlos a llevar a cabo, juntamente con él, una labor de investigación en las diversas áreas de su existencia: social, profesional, familiar y sexual. Generalmente, esta revisión pondrá al descubierto, si no un trauma franco y claramente visible, alguna modificación o deslizamiento en el entramado de las relaciones interpersonales, en cualquiera de las áreas, que ha dado lugar a una remodelación del equilibrio de fuerzas y a una nueva situación intolerable para el paciente.

d) Evaluación. Es inútil y contraproducente ofrecer, en estos momentos, diagnósticos psiquiátricos al paciente o a sus familiares, pero el terapeuta debe evaluar las capacidades y fuerza del yo, de acuerdo con los principios generales que he expuesto al hablar de las primeras entrevistas y la formulación diagnóstica.

e) Estado anterior. El terapeuta debe poseer la suficiente habilidad para obtener, a través del diálogo con el paciente, un conocimiento del estado psíquico habitual de éste antes de presentarse la crisis. De lo contrario, carecería del punto de referencia que le ha de permitir comprender, tanto el mecanismo psicodinámico de la descompensación, como el punto de mira hacia el cual ha de dirigir sus esfuerzos para conseguir un reajuste mínimo.

f) Las intervenciones específicas del terapeuta. Las intervenciones del terapeuta deben ser muy precisas, breves y en todo instante estrechamente vinculadas con la realidad. En los momentos de crisis, el paciente no se halla en condiciones de largas explicaciones. Las confrontaciones y las

clarificaciones son las intervenciones de elección, junto con la actitud de atenta escucha y el intento de comprensión, las cuales han de transmitir al paciente el convencimiento de que es posible entender lo que le ocurre y la esperanza de que es posible hacerlo. Rara vez han de ser utilizadas las interpretaciones y, en mi opinión, nunca las interpretaciones directamente transferenciales.

g) Exploración de alternativas. Muchos pacientes en situación de crisis matizan su diálogo con la repetida afirmación de que ellos han tratado, sin éxito, de encontrar soluciones para sus problemas y que no resta ya ningún camino para seguir. Aunque este esfuerzo sea cierto, no cabe duda de que el paciente puede haber olvidado algunas posibilidades o descartado otras prematuramente, a causa de sus propias dificultades psíquicas. Una primera medida de la intervención en crisis ha de conducir a lograr que el paciente, a través de la confrontación y clarificación, sea capaz de evaluar cuidadosamente todas las alternativas de que puede disponer para mejorar su situación. El terapeuta no buscará ni dará soluciones, pero ayudará al paciente a comprender qué ansiedades, inhibiciones y fantasías, conscientes o inconscientes, han dado lugar a que no haya considerado alguna de las alternativas a emprender, o a que no haya obtenido los resultados apetecidos en otras. En ciertos casos, dentro de esta misma cuestión, ha de intentarse que el paciente entienda qué es lo que ha motivado, en su interior, la renuncia a plantearse nuevas opciones o pautas de comportamiento.

Además de la focalización de la entrevista en torno a los recientes y desafortunados esfuerzos por lograr una razonable adaptación, la atención debe, así mismo, dirigirse hacia otras pautas de ajuste que en el pasado dieron buenos resultados, con lo que, tal vez, podrá dilucidarse qué fantasías o sentimientos del paciente le han impedido recurrir de nuevo a tipos de adecuación que anteriormente se habían revelado aceptables. El terapeuta puede, cuidando siempre de que ello no cobre un carácter de consejo o sugestión, poner de relieve el abandono de tipos de relación y de comportamiento que, según las informaciones del paciente, condujeron a una adaptación aceptable, así como la adopción de otros cuyos resultados nocivos eran ya conocidos o previsibles, procurando clarificar los estados emocionales subyacentes a todo ello.

b) Terminación. Todos los conceptos que he expuesto al hablar de la fase final del tratamiento nos sirven para entender las implicaciones que conlleva la finalización de la intervención en crisis, guardando todas las distancias que existen entre ésta y un proceso de p. p. en sentido estricto.

Fundamentalmente, el terapeuta debe contemplar dos tipos de terminación en crisis. Pertenecen al primer grupo aquellos casos en los que, por las condiciones personales o por las circunstancias externas acompañantes, el terapeuta no considera oportuno o necesario indicar la conveniencia de emprender un tratamiento más prolongado. Es posible que ello no sea preciso debido a que las características del paciente hacen preveer que, superada la situación traumática no tienen por qué aparecer

nuevas crisis, o puede que no sea oportuno a causa de que las circunstancias laborales, familiares, profesionales o sociales no lo hagan factible.

El segundo tipo de terminación incluye aquellos pacientes para los cuales el terapeuta juzga que sería beneficioso iniciar un tratamiento psicoterapéutico que mejore su adaptación a la realidad, proporcione alguna modificación de su estructura personal, promueva un mayor crecimiento mental y, en consecuencia, prevenga la aparición de nuevas crisis. Quiero hacer constar que es, en mi opinión, improcedente que el terapeuta que ha atendido al paciente en el estallido de la crisis y que plantea la posibilidad de una p. p. sea quien se haga cargo de ella. Aun guardando la estricta neutralidad técnica requerida en un enfoque psicodinámico de la relación de ayuda, la intervención en crisis obliga al terapeuta a una actitud excesivamente activa comparativamente a la que procede en una p. p. La propia sugerencia que se le hace al paciente de emprender un determinado tratamiento es, ya, una muestra de ello. Sólo en los casos en los que no haya otro profesional disponible es esta eventualidad aceptable. Con todo, siempre pueden presentarse situaciones especiales que inducen a la prudencia de no pretender dar reglas de valor absoluto.

Con los pacientes tributarios del primer tipo de terminación, el terapeuta ha de dejar bien sentado su disponibilidad para volver a atenderlos en caso de que sobrevenga una nueva situación de crisis, o, simplemente, si se presenta algún problema sentido como amenazador. Por lo que respecta a los pacientes del segundo grupo, esta disponibilidad no será precisa si su consejo es aceptado y aquellos comienzan el tratamiento indicado. Si, por las causas que sean, la indicación no es aceptada o no es posible llevarla a cabo, el terapeuta debe mostrar, igualmente, su disposición para prestar ayuda si ésta vuelve a precisarse, pero ha de quedar muy claro que este ofrecimiento no ha de convertirse en el sustituto, más o menos enmascarado, de la terapéutica propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. (1919): *La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico en los pacientes de edad avanzada*, en *Psicoanálisis clínico*, Hormé, Buenos Aires 1959.
- (1924): *Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales*, en *Psicoanálisis clínico*, Hormé, Buenos Aires 1959.
- Alexander, F. y French, T. (1946): *Psychoanalytic psychotherapy*, Ronald Press, Chicago.
- Artiles, M. (1977): *La actitud terapéutica*, Bonum, Buenos Aires.
- Atchley, L. (1971): *Retirement and work orientation*, «The Gerontologist» 11, 29-32.
- Bálint, E. y Bálint, M. (1939): *On transference and counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 20, 223-230.
- Bassols, R. y Coderch, J. (1984): *Per un esclariment estructural de les perversions*, «Rev. Catalana de Psicoanàl.» 1, 123-246.
- Bassols, R., Beà, J. y Coderch, J. (1986): *La identitat i el seus limits*, «Rev. Catalana de Psicoanàl.» 2, 173-188.
- Begoin, F. y Begoin, J. (1979): *The negative therapeutic reaction. Envy and catastrophic anxiety*. Ponencia presentada en la Third Conference of European Psycho-Analytical Federation, Londres.
- Bellak, L. (1961): *Free association: conceptual and clinical aspects*, «Int. J. Psycho-Anal.» 42, 9-20.
- Bellak, L. y Faithorn, P. (1981): *Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy*, Bruner/Mezel, Inc., Nueva York.
- Bion, W.R. (1963a): *Learning from experience*, W. Heinemann, Londres.
- (1963b): *Elements of psychoanalysis*, W. Heinemann, Londres.
- (1970a): *Second thoughts*, W. Heinemann, Londres.
- (1970b): *Attention and interpretation*, W. Heinemann, Londres.
- Blanck, G. y Blanck, R. (1974): *Ego psychology*, Columbia University Press, Nueva York-Londres.
- Boesky, D. (1982): *Acting out: a reconsideration of the concept*. «Int. J. Psycho-Anal.» 63, 39-55.
- Bofill, P. y Folch, P. (1962): *Problèmes cliniques et techniques du contre-transfert*. Ponencia presentada al XXIII Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Románicas, Barcelona, «Rev. Française de Psychanal.», núm. especial.

- Bouvet, S. y Videman, M. (1969): *La relation d'object*, en *La theorie psychanalytique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Brenner, C. (1973): *An elementary book of psychoanalysis*, International Universities Press, Nueva York.
- Bribing, E. (1934): *Therapeutic results of psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 15, 130-137.
- (1937): *Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 18, 170-189.
- Coderch, J. (1975): *Psiquiatría dinámica*, Herder, Barcelona. (1982).
- Cohen, N. (1982): *On loneliness and the ageing process*, «Int. J. Psycho-Anal.» 63, 148-156.
- Dewald, P. (1969): *Psychotherapy: a dynamic approach*, Blackell Scientific Publications, Oxford.
- Dollard, J.A. y Miller, C. (1950): *Personality and psychotherapy*, McGraw Hill, Nueva York.
- Eidemberg, L. (1973): *Enciclopedia del psicoanálisis*, Espaxs, Barcelona.
- English, O. y Pearson, G. (1937): *Common neuroses of children and adults*, W.W. Norton, Nueva York.
- Eskelinen (de Folch), T. y Folch, P. (1981): *Consideracions clíniques sobre la cronificació de les resistències*. Comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona.
- Erikson, E. (1959): *Growth and crises of the healthy personality*, «Psychol. Issues», International Universities Press, Nueva York, 1, n.º 1.
- (1980a): *Elements of a psychoanalytic theory of psycho-social development*, en S.I. Greenspan y G.H. Pollak (eds.), *The course of life. Psychoanalytic contributions toward understanding personality development*, Washington D.C., V.S. Government Printing Office, Washington.
- (1980b): *Identity and the life cycle*, W.W. Norton, Nueva York.
- (1982): *The life cycle completed. A review*, W.W. Norton, Nueva York.
- Esteve, J.O. (1984): *Psicoanàlisi i psicoteràpia psicoanalítica*, «Rev. Catalana de Psicoanàl.» 1, 147-159.
- (1985): *Els somnis i la interpretació de la transferència*. Ponencia presentada en el IV Encuentro Luso-Español de Psicoanálisis, Barcelona.
- Etchegoyen, H. (1973): *A note on ideology and psychoanalytic technique*, «Int. J. Psycho-Anal.» 54, 485-486.
- (1978): *Some thoughts on transference perversion*, «Int. J. Psycho-Anal.» 59, 45-53.
- (1983): *Fifty years after the mutative interpretation*, «Int. J. Psycho-Anal.» 64, 445-460.
- Ewing, C. (1978): *Crisis intervention as psychotherapy*, Oxford University Press, Nueva York.
- Fenichel, O. (1945a): *Neurotic acting out*, «Psychoanal. Review» 32, 197-206.
- (1945b): *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Paidós, Buenos Aires 1966.
- Fliess, R. (1951): *Counter-transference and counter-identification*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 1, 268-284.
- Freud, A. (1936): *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Buenos Aires 1950.
- Freud, S. Se mencionan los siguientes trabajos de sus *Obras completas*, Amorrortu, 24 vols., Buenos Aires 1978-1982.
- (1950 [1895]): *Proyecto de psicología*, 1.
- (1893-1895): *Estudios sobre la histeria*, 2.
- (1900 [1899]): *La interpretación de los sueños*, 4 y 5.

- (1905 [1901]): *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, 7.
- (1910): *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, 11.
- (1911 [1910]): *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*, 12.
- (1912): *Sobre la dinámica de la transferencia*, 12.
- (1915 [1914]): *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, 12.
- (1914): *Recordar, repetir y reelaborar*, 12.
- (1914): *Introducción al narcisismo*, 14.
- (1915): *La represión*, 14.
- (1915): *Lo inconsciente*, 14.
- (1915): *Pulsiones y destino de pulsión*, 14.
- (1917 [1915]): *Duelo y melancolía*, 14.
- (1916-1917 [1915-1917]): *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, 15.
- (1917 [1916-1917]): *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, 16.
- (1919 [1918]): *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*, 17.
- (1920): *Más allá del principio del placer*, 18.
- (1921): *Psicología de las masas y análisis del yo*, 18.
- (1923): *El yo y el ello*, 19.
- (1924): *El problema económico del masoquismo*, 19.
- (1924): *El sepultamiento del complejo de Edipo*, 19.
- (1926 [1925]): *Inhibición, síntoma y angustia*, 20.
- (1933 [1932]): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, 22.
- (1937): *Análisis terminable e interminable*, 23.
- (1940 [1938]): *Esquema del psicoanálisis*, 23.
- Friedman, L. (1969): *The therapeutic alliance*, «Int. J. Psycho-Anal.» 50, 139-153.
- Galwey, P.L. (1979): *Symbolic disfunctions in the perversions*, «Int. Rev. Psycho-Anal.» 6, 155-162.
- Gill, M. (1954): *Ego psychology and psychotherapy*, «Psychoanal. Quart.» 20, 62-71.
- (1954): *Psychoanalysis and exploratory psychotherapy*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 2, 771-797.
- (1982): *Analysis of transference*, International Universities Press, Nueva York.
- Glover, E. (1927-1928): *Lectures on technique in psycho-analysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 8, 331-338 y 488-520; 9, 7-46 y 181-218.
- (1931): *The therapeutic effect of inexact interpretation. A contribution to the theory of suggestion*, «Int. J. Psycho-Anal.» 12, 397-411.
- (1932): *On the aetiology of drug addiction*, «Int. J. Psycho-Anal.» 13, 298-328.
- (1955): *The technique of psycho-analysis*, International Universities Press, Nueva York.
- Goldberg, A. y Marcus, D. (1985): *Natural termination: some comments on ending analysis without setting date*, «The Psychoanalytical Quarterly» 4, 46-65.
- Greenson, R. (1967): *The technique and practice of psychoanalysis*, International Universities Press, Nueva York.
- Grinberg, L. (1962): *On a specific aspect of counter-transference to the patients' projective identification*, «Int. J. Psycho-Anal.» 43, 436-440.
- (1976): *Teoría de la identificación*, Paidós, Buenos Aires.
- (1982): *The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis. The search for the truth about one's self*, «Int. J. Psycho-Anal.» 61, 25-37.

- Güntrip, H. (1962): *Personality structure and human interaction*, The Hogarth Press, Londres.
- (1971): *Psychoanalytic theory, therapy and the self*, Basic Books, Nueva York.
- Hartmann, H. (1939): *Psycho-analysis and the concept of the health*, en *Essays of ego psychology*, International Universities Press, Nueva York.
- Heimann, P. (1950): *On counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 31, 81-84.
- (1952): *Algunas funciones de la introyección y la proyección*, en *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires 1962.
- Heimann, P. e Isaacs, S. (1952): *La regresión*, en *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires 1962.
- Hoffer, W. (1956): *Transference and transference neuroses*, «Int. J. Psycho-Anal.» 37, 377-379.
- Isaacs, S. (1952): *Naturaleza y función de la fantasía*, en *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires 1962.
- Jahoda, M. (1958): *Current concepts of positive mental health*, Basic Books, Nueva York.
- Jaques, E. (1970): *Death and the mid-life crisis*, en *Work, creativity and social justice*, Heinemann Educational Books, Londres.
- Jones, E. (1942): *The concept of normal mind*, «Int. J. Psycho-Anal.» 23, 1-8.
- Joseph, B. (1971): *A clinical contribution to the analysis of a perversion*, «Int. J. Psycho-Anal.» 52, 441-449.
- (1978): *Different types of anxiety and their handling in the psychoanalytic situation*, «Int. J. Psycho-Anal.» 59, 223-228.
- (1985): *Transference: the total situation*, «Int. J. Psycho-Anal.» 66, 447-454.
- Kenberg, O. (1979): *La trascendencia de la enseñanza y de la práctica de la psicoterapia para la formación psicoanalítica*. Comunicación para el VIII Pre-Congreso sobre la Formación, del XXXI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Nueva York.
- King, P. (1980): *The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and elderly*, «Int. J. Psycho-Anal.» 61, 153-160.
- Kinget, M. (1962): *Psychothérapie et relations humaines*, Béatrice-Nauwelaerts, París.
- Klauber, J. (1972): *On the relationship of transference and interpretation in psychoanalytic therapy*, «Int. J. Psycho-Anal.» 53, 385-389.
- Klein, M. Trabajos publicados en *The writings of Melanie Klein*, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, Londres 1980-1981:
- (1932): *The psycho-analysis of children*, 2.
- (1935): *A contribution to the psychogenesis of maniac-depressive states*, 1.
- (1940): *Mourning and its relation to the psychogenesis of maniac-depressive states*, 1.
- (1945): *The Oedipus complex in the light of early anxieties*, 1.
- (1946): *Notes on some schizoid mechanisms*, 3.
- (1952a): *The origins of transference*, 3.
- (1952b): *On observing the behaviour of young infants*, 3.
- (1955): *On identification*, 3.
- (1957): *Envy and gratitude*, 3.
- (1958): *On the development of mental functioning*, 3.
- (1963): *On the sense of loneliness*, 3.
- Knight, R.P. (1954): *Psychoanalytic psychiatry and psychology*, International Universities Press, Nueva York.

- Kohut, H. (1959): *Introspection, empathy and psychoanalysis*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 7, 459-483.
- Kübler-Ross, E. (1968): *On death and dying*, Macmillan, Nueva York.
- (1975): *Death: the final stage of growth*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, Nueva York.
- Kuhlen, R.G. (1959): *Aging and life adjustment*, en Birren, J.E. (ed.), *Handbook of Aging and the Individual*, University of Chicago Press, Chicago.
- Lagache, D. (1963): *El psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires.
- Langs, R. (1973): *The technique of psychoanalytic psychotherapy*, Jason Aronson, Nueva York.
- (1978): *The listening process*, Jason Aronson, Nueva York.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1973): *The language of psychoanalysis*, W.W. Norton, Nueva York.
- Lidz, T. (1974): *The life cycle*, en Arieti S. (ed.), *The american handbook of psychiatry*, 2.ª ed., Basic Books, Nueva York.
- Little, M. (1951): *Counter-transference and the patient response*, «Int. J. Psycho-Anal.» 32, 32-40.
- Loewald, H. (1960): *On the therapeutic action of psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 41, 16-33.
- Mahler, M. (1952): *On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychosis*, «Psychoanal. Study Child» 7, 286-305.
- Malan, D.H. (1963): *A study of brief psychotherapy*, Tavistok Publications, Londres.
- (1979): *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*, Butterworths, Londres.
- McDougall, J. (1972): *Primal scene and sexual perversion*, «Int. J. Psycho-Anal.» 53, 371-384.
- Meltzer, D. (1967): *The psycho-analytical process*, W. Heinemann, Londres.
- (1973): *Sexual states of mind*, Clunie Press Scotland, Edimburgo.
- (1979): *Teoria della perversione sessuale. Perversità*, «Quaderni di Psicot. Infant.» 1, 79-121.
- (1984): *Dream life*, Clunie Press Scotland, Edimburgo.
- Moeller, M.L. (1977): *Self and object in counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 58, 365-374.
- Money-Kyrle, R.E. (1956): *Normal countertransference and some of its derivations*, «Int. J. Psycho-Anal.» 37, 330-342.
- Nacht, S. (1962): *The curative factors in psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 43, 206-211.
- Nemiroff, R.A. y Colarusso, C.A. (1985): *The race against the time*, Plenum Press, Nueva York.
- Neugarten, B.L. (1972): *Personality and the aging process*, «The Gerontologist» 12, 9-15.
- (1975): *The future and the young old*, «The Gerontologist» 15, 4-9.
- Nunberg, H. (1951): *Transference and reality*, «Int. Journal Psycho-Anal.» 32, 1-9.
- Orr, D. (1954): *Transference and counter-transference: a historical survey*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 2, 621-670.
- Paolino, T. (1981): *Psychoanalytic psychotherapy*, Brunner/Mazel, Nueva York.
- Paul, I.H. (1978): *The form and technique of psychotherapy*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Peck, R. (1965): *Psychological development in the second half of life*, en Ander-

Bibliografia

- son, J.E. (ed.), *Psychological aspects of aging*, American Psychological Association, Washington, D.C.
- Racamier, P.C. (1973): *Le psychanalyste sans divan*, Payot, París.
- Racker, H. (1957): *The meaning and use of counter-transference*, «Psychoanal. Quart.» 26, 303-357.
- (1960): *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires.
- Rado, S. (1933): *The psychoanalysis of pharmacothymia*, «Psychoanal. Quart.» 2, 1-23.
- Rapaport, E. (1956): *The management of an erotized transference*, «Psychoanal. Quart.» 25, 551-559.
- Rallo, J. y Torras (de Beà), E. (1985): *Passat i present en la interpretació*. Comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona y publicada en «Psychanalyse en Europe» 24, 5-22, Revista de la Federación europea de Psicoanálisis, con el título *Passé et present dans l'interprétation*.
- Reich, W. (1933): *Análisis del carácter*, Paidós, Buenos Aires 1972.
- Riviere, J. (1936): *A contribution to the analysis of negative therapeutic reaction*, «Int. J. Psycho-Anal.» 97, 304-320.
- Rogers, C. (1942): *Counseling and psychotherapy*, Houghton Mifflin Company, Nueva York.
- Rosenfeld, H.A. (1950): *Note on the psychopathology of confusional states, en Psychotic states. A psychoanalytical approach*, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, Londres 1965.
- (1952): *Transference phenomena and transference analysis in an acute catatonic schizophrenic patient*, «Int. J. Psycho-Anal.» 33, 457-474.
- (1964a): *On the psychopathology of narcissism: a clinical approach*, en *Psychotic states. A clinical approach*, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londres 1965.
- (1964b): *An investigation into the need of neurotic and psychotic patients to act out during analysis*, en *Psychotic states. A clinical approach*, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londres 1965.
- (1964c): *The psychopathology of drug adiction and alcoholism: a critical review of the psycho-analytical literature*, en *Psychotic states. A clinical approach*, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londres 1965.
- (1969): *On the treatment of psychotic states by psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 50, 615-631.
- (1971a): *A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of the narcissism*, «Int. J. Psycho-Anal.» 52, 457-464.
- (1971b): *Negative therapeutic reaction*, en Giovanchi (ed.), *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*, Jacob Aronson, Nueva York.
- (1972): *A critical appreciation of James Strachey's paper on the nature of the therapeutic action on psychoanalysis*, «International Journal Psycho-Anal.» 53, 455-462.
- (1978): *Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients*, «Int. J. Psycho-Anal.» 59, 211-221.
- Rycroft, C. (1956): *The nature and function of the analyst's communication to the patient*, «Int. J. Psycho-Anal.» 37, 469-472.
- (1958): *An inquiry into the function of word in the psychoanalytical situation*, «Int. J. Psycho-Anal.» 39, 428-415.
- Sandler, J. (1969): *On the communication of psychoanalytic thought*, University, Leiden.

Bibliografía

- Sandler, J., Dare, C. y Holder, H. (1972): *The patient and the analyst*, George Allen & Unwin, Londres.
- Sandler, J. (1976): *Counter-transference and role responsiveness*, «Int. Rev. Psycho-Anal.» 3, 43-47.
- Searles, H.F. (1963): *Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia*, «Int. J. Psycho-Anal.» 44, 249-281.
- (1965): *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, International Universities Press, Nueva York.
- Schutt, B. (1980): *Naturaleza y «status» teórico del objeto en la obra de J.O. Wisdom*, en W. Baranger y otros autores, *Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Segal, H. (1950): *Some aspects of the analysis of a schizophrenic*, «Int. J. Psycho-Anal.» 31, 268-278.
- (1958): *Fear of death. Notes on the analysis of an old man*, «Int. J. Psycho-Anal.» 39, 178-181.
- (1962): *The curative factors in psycho-analysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 43, 212-217.
- (1965): *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Paidós, Buenos Aires.
- (1977): *Counter-transference*, en *The work of Hanna Segal*, Jason Aronson, Londres 1981.
- Simburg, E.J. (1985): *Psychoanalysis of the older patients*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 33, 178-181.
- Spillius, E. (1979): *News perspectives on the negative therapeutic reaction*. Ponencia presentada en la Third Conference de la European Psycho-Analytic Federation, Londres.
- Sterba, R.F. (1934): *The fate of ego in analytic therapy*, «Int. J. Psycho-Anal.» 15, 117-126.
- Stone, L. (1967): *The psychoanalytic situation and transference: postscript to an earlier communication*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 15, 3-58.
- Strachey, J. (1969): *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*, «Int. J. Psycho-Anal.» 50, 265-272.
- Strupp, H. (1973): *Psychotherapy: clinical research and theoretical issues*, Jason Aronson, Nueva York.
- Szasz, T. (1963): *The concept of transference*, «Int. Journal Psycho-Anal.» 44, 432-443.
- Tarachow, S. (1963): *An introduction to psychotherapy*, International Universities Press, Nueva York.
- Tizón, J. (1982): *Apuntes para una psicología basada en la relación*, Hora, Barcelona.
- Tobin, S.S. y Neugarten, B.L. (1961): *Life satisfaction and social interaction*, «The Gerontologist» 16.
- Torras (de Beà), E. (1986): *Sobre identificació projectiva: apunt per a un treball*. Comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona.
- Tous, J.M. (1985): *Algunes aportacions des de la psicologia a la problemàtica de l'avortament*. Comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona.
- Wallerstein, R.S. (1967): *Reconstruction and mastery in the transference*, «J. Amer. Psychoanal. Assn.» 15, 551-583.
- (1975): *Psychotherapy and psychoanalysis*, International Universities Press, Nueva York.
- Weinberg, M.D. (1965): *Personal and social adjustment*, en Anderson, J.E.

Bibliografía

- (ed.), *Psychological aspects of aging*, American Psychological Association, Washington D.C.
- Winnicott, D. (1949): *Hate in the counter-transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 30, 69-74.
- (1956): *On transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 37, 366-388.
- Wisdom, J.O. (1962): *Comparison and development of the psycho-analytical theories of melancholia*, «Int. J. Psycho-Anal.» 42, 11-132.
- Wolberg, L. (1967): *The technique of psychotherapy*, W. Heinemann, Londres.
- Zarit, S. (1980): *Aging and mental disorders*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, Londres.
- Zetzel, E. (1956): *Current concepts of transference*, «Int. J. Psycho-Anal.» 37, 369-357.
- Zilboorg, G. (1952): *Some sidelights on free associations*, «Int. J. Psycho-Anal.» 33, 489-495.
- Zimmerman, D. (1979): *La influencia de la teoría y de la práctica de la psicoterapia sobre la educación en psicoanálisis*. Comunicación para el VIII Pre-Congreso sobre la Formación, del XXXI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Nueva York.

ÍNDICE TEMÁTICO

- Aborto 332s
- Abraham, K. 22 26 284
- Abreacción 58 62s 128
- Aconsejamiento 59
- Actitud 61
- de disponibilidad 232
- Actuación o *acting out* 101 106 176
- 189 226ss 229s 234 272
- creativa 231s
- destructiva 231
- erótica 230s
- inconsciente 240
- total 231
- Actualización 230
- Acuerdo terapéutico 170
- Agresividad 27 30 33s 45 47 86 92
- 121 129 146 159s 231 270
- 272 315 316
- constructiva 266
- inconsciente 38ss
- Alexander, F. 77 199
- Alianza terapéutica 192
- según Greenson 207 210
- Alucinaciones 37 159
- Anciano 270 285s 289s 292ss 306s
- 310s 314s
- diversos tipos 307
- jubilación 307 309
- transferencia y contratransferencia
- en el tratamiento de los ancianos 312
- transferencias multigeneracionales 313
- tratamiento del anciano 313s
- sexualidad en los ancianos 311
- Ansiedad 24 30 34 40 44 58s 61 64 73
- 77s 84s 86ss 89 95 97s 110 119
- 121s 126s 130 132 141 145s
- 151 155 159 163ss 171 175 179
- 185 187ss 194s 200 217ss 221s
- 223ss 230ss 236 238ss 246 250
- 259 276s 281 308s 312 325 328
- concepto 41ss
- de alarma 42ss
- de castración 26 43
- depresiva 47s 49ss 208 277
- esquizo-paranoide 46 51
- paranoide 46 49 207 309
- persecutoria 44s 46s 50s 231 283
- 320 324 331
- psicótica 268
- teoría de Freud 41
- traumática 41s
- y miedo 42
- Aprendizaje 71s 74 94 97
- Artiles, M. 245
- Asociaciones. 102 104 149 185 215
- 219 221 223 235 252 260 262
- libre asociación 78 80 102s 128 132
- 171s 185s 224
- libre asociación como resistencia 186
- múltiples asociaciones 328
- Atchley, L. 302
- Bálint, E. y M. 118
- Bassols, R. 140 160 290
- Beà, J. 290

Índice temático

- Bebe 22s 30s 38ss 42 45ss 49 51s 60
110s 114s 132 147 163 231 250
253
- Begoin, F. 263
- Begoin, J. 263s
- Bellak, L. 103 205
- Bion, W.R. 23 27 36 218
- Blanck, G. 77
- Blanck, R. 77
- Boesky, D. 230
- Bofill, P. 117 125
- Bouvet, S. 24
- Brenner, C. 43
- Bribing, E. 57 86 207
- Clarificación 60ss 80 86 167 175 189
202 221 235s 240s 258 311
325 327 337
- Coderch, J. 66 129 140 160 216 290
- Cohen, N. 308
- Colarusso, C. 270 312s
- Comportamiento 50 231
de algunos pacientes 234
- Compulsión 64 128 136 210 323
de repetición 107
- Comunicación 103 226
de sentimiento 225
estilo de la 226
no verbal 182ss 226
verbal 182ss 190s 221 240s 258
- Comunidad terapéutica 323s
- Conflicto
básico 80 182 214ss 232 248 252
261 327ss 331
derivado 80
inconsciente 221s 228 331
interno 228 262
intrapíquico 225
- Confrontación 59s 63 80 168 233s
235ss 240 323 327 336s
- Contraidentificación proyectiva 120
124 193 197
- Contrapulsión 130
- Contra-transferencia 116ss 121 141
184 200s 236 248 259s 274
312s 314s
concepto 116
en Bálint, E. y M. 118
Bofill, P. 125
English, E. y Pearson, G. 117
Fliess, R. 120
- Folch, P. 125
- Freud, S. 117
- Glover, E. 117
- Grinberg, L. 124
- Heimann, P. 118
- Little, M. 120
- Money-Kirley, R.E. 121
- Sandler, J. 123
- Segal, H. 124
- Winnicott, D. 118
- utilización de la 83 85 200
- Culpa 122
sentimiento de 96 135 161 195 206
264 283
- Dare, C. 113 137
- Defensas 35 46 50 57 110 126s 129s
131s 158ss 185 189 221 230
236 268 331
caracterológicas 158s
maníacas 160 329
mecanismos de 232 258
normales 159
psicóticas 159s
regresivas 158s
represivas 158s
- Delirios 159
- Dependencia 314s
- Depresión 164 168
endógena 309s
reactiva 310
situacional 310
- Descubrimiento 71s
- Deseos
inconscientes 212
infantiles 227
- Diván
uso del 118 132 177
- Dollard, J.A. 94
- Eidelberg, L. 58 227
- Elucidación 240 246
- Ello 23 29 40 110 119 136s 221 225
- Empatía 120 175 204s 222 313
- English, O. 117
- Erikson, E. 290 297
- Eskelinen, T. 141
- Esteve, J.O. 56 252 260
- Estímulos 59 139 232
externos 217
internos 217

Índice temático

- traumáticos 216s 218s 220ss 225
232 258 261 313 332
- Etchegoyen, H. 138s 248
- Excorporación 35
- Externalización 33 35 260
- Faithorn, P. 205
- Fantasías 24 28 31ss 37s 39s 46 48 58
66 70 72 74 87 89 95s 103s
106s 108s 110s 116 123 126
130 133 139 145s 147s 158
174 176 178s 181s 185 188
190s 195s 199 201 207 209
211 214 219 222s 224ss 230
236 239 249 251s 254 260
267 270s 275s 281 290 311
313 315 319ss 323s 331s 337
- agresivas 43 46 48 50 98
- conscientes 225s 337
- de muerte y renacimiento 276
mutilación y enfermedad 276
omnipotencia 176
pérdida 26
proyección 32
- infantiles 32 78
- orales 32
- pulsionales 207
- reprimidas 221
- transferencialmente reactivadas
230
- Fenichel, O. 28 160 216 229
- Fijación 25ss 289
- Fliess, R. 120
- Fobias 168
- Focalización 59 79s 102 171s 189 226
260 310 328 335 337
selectiva 186
- Folch, P. 117 125 141
- Freud, A. 129
- Freud, S. 21s 26ss 35ss 41s 44 76 100
104s 113 115 117 128s 133s
208s 211s 227 260 263 267 297
- Duelo y melancolía* 34
- El sepultamiento del complejo de
Edipo* 29
- El yo y el ello* 22 29 263
- enfoque personal 22
- Esquema del psicoanálisis* 29
- Fragmentos de análisis de un caso
de histeria* 227
- hallazgos psicológicos 21
- Inhibición, síntomas y angustia* 36
42
- La interpretación de los sueños* 42
- Lo inconsciente* 42
- Psicología de las masas y análisis
del yo* 28
- realización alucinatoria de los de-
seos 31 35
- recordar, repetir, elaborar 227
- segunda teoría freudiana 22
- Sobre la dinámica de la transferen-
cia* 208
- transferencia 22 105s
- French, T. 77 199
- Friedman, L. 206 208
- Frigidez 65
- From-Reichman, F. 77
- Frustración 27 31s 85 92 95 106 122
161 175 196 212 220 231 258s
268 304
- Ganancia secundaria 135 162
- Gill, M. 57 77 108
- Glover, E. 76 103 117 136 160 251
- Goldberg, A. 273
- Greenacre, P. 84
- Greenson, R. 114 130 207
- Grinberg, L. 27 33 35 124 139 267
- Guntrip, H. 22 37
- Heimann, P. 27 38 117ss
- Hipnosis 128
- Hoffer, W. 108
- Holder, A. 137
- Identificación 27ss 31s 34 36 49ss 87
94 97 106 118s 120s 124 207
232s 333
- complementaria 119
- concordante 119
- en Freud 28
- introyectiva 31 33s 36
- mimética 210
- narcisista 28
- primaria 31
- primitiva 29
- proyectiva 32 35 47 51 131 156 160
196 205 249 273s 290 308 330
- Imágenes 26 78 87 107 121 123 146
301
- proyectadas en el terapeuta 196

Índice temático

Imago 24 30 39s 48
 Impulsividad 228s
 Impulso 26 42 56 58 71 87s 109s 121s
 127 145 195 204 211
 destructivo 100 129 160
 erótico 120 129
 sexual 28 42
 Inconsciente 25 25ss 30ss 44 50 57
 59s 61ss 66 69 71 80ss 85s 89
 97s 102s 104s 108 112s 117s
 119ss 123 127 129s 131s 136
 138 140 148 158s 167 169 185
 190 192 207s 210s 216 221s
 224 226s 228s 245ss 267 275
 283 298 310 321 323 327 329
 comprensión del 100
 fantasías 104
 represión del 130
 Incorporación 28 32 34 36
 Insight 62 69 92 101 121s 124 127
 139s 156s 160 163 184 189 191
 195 203 222 236 267 269 273
 286 328
 falso 157
 Institución psiquiátrica 317s 319ss
 323s 325s
 Interacción 123
 Internalización 30 32ss 37 39ss 43
 45ss 139s 269 276 282 295 309
 311
 Interpretación 62s 76 78s 80s 85s 105
 118 124 136 139 157 191 193
 227 229 235s 240 246s 248s
 250s 268 322 327 332
 de prueba 157 179 183 213
 de regresiones transferenciales 332
 del aquí y del ahora 249
 del objeto parcial 332
 extratransferencial 252
 integración en la 250
 mutativa 248
 niveles en la 253
 profunda 236
 psicodinámica 251s 253s
 transferencial 207s 247 250s 252ss
 Intervención en crisis 334
 del terapeuta 237
 Introyección 29s 31s 33s 36 39s 45
 48s 111 119 121s 248ss 273
 320
 Isaacs, S. 27 31s 66

Jahoda, M. 65s
 Jaques, E. 295 306
 Jones, E. 65
 Joseph, B. 109 138 160
 Kenberg, O. 81
 King, P. 307
 Kinget, M. 240 246
 Klausner, J. 248
 Klein, M. 22 26 30 34ss 44s 46s 110ss
 160 207 297 308 331
 Knight, R.P. 160
 Kohut, H. 108
 Kübler-Ross, E. 270
 Kuhlen, R.G. 302
 Lagache, D. 266
 Langs, R. 77 216 235 258 261
 Laplanche, J. 103
 Libido 25s 27s 36 41 105 136 138
 Lidz, T. 287
 Little, M. 120
 Loewald, H. 108
 Malan, D.H. 77
 Manifestaciones psicóticas 330ss
 Marcus, D. 273
 McDougall, J. 160
 Mecanismos de defensa 40 130s 133
 232
 Meltzer, D. 138 160 208 231
 Miller, C. 94
 Moeller, M.L. 112 124 126
 Money-Kyrle, R.E. 117 121s
 Motivación 68 81 86 93 224 269
 Muerte 40 296 305s 307s
 Multiplicidad de la comunicación
 329
 Mundo externo 23 35s 39s 54 224
 229 231 248 253 264s 267 296
 324s
 Mundo interno 23s 30 32s 35 51
 109ss 117 196 213 216 248
 261 264s 268 295s 306 312s
 320s 324
 alucinaciones 37
 fantasías inconscientes 38
 formación 40
 objeto parcial y total 38
 realidad interna y externa 37
 sueños 36

Mundo objetal 325
 Nacht, S. 248
 Narcisismo 28 139s 152 162 186 276
 del paciente 197s
 del terapeuta 198s 315
 envidia y herida narcisista 198
 neurosis narcisista 105 368
 Nemiroff, R.A. 270 312s
 Neugarten, B.L. 302 305
 Neurosis transferencial 80 109
 regresiva 77 81
 Numberg, H. 106 112
 Objeto 22s 24s 26s 28ss 34s 36ss 40
 44s 46s 49s 51s 66 76 106 111
 216 233 248s 253 264
 agresivo 30
 amoroso 46
 arcaico 123 126 231 248 250
 282 326
 bueno 114 231 233 331
 elección del 28
 figura actual del 248
 infantil 167 231
 internalizado 33
 interno 39s 88 110 113s 119s 123s
 125s 129 132-139 145s 155s
 159s 163 204 227 231s 250 281
 295s 299 306 308s 316 327
 330s
 libidinal 28
 malo 46 140 231 331
 parcial 39 253
 persecutorio 233
 primario 231 252s
 primero 210 230 313
 real 250 327
 regresión del 253
 regresivo 253
 secundario 231
 total 39 253
 Orr, D. 105 117
 Paciente 40s 53ss 57 58s 60s 63s 67 72
 74s 80 84s 90 102s 106 109s
 111s 113s 115s 117s 121s 123s
 125s 127s 131s 137s 139ss
 145s 147s 150 152 157 160s
 162s 166s 169 171 176 185s
 190s 192s 195 203 205ss 210s

Índice temático

213s 215ss 224s 248s 250s
 252s 257ss 263 267ss 273ss
 279ss 310s 312s 315s 317ss
 322s 325 328ss 334s 336ss
 actitud del 166
 capacidad y aptitud del 160s
 comprensión del 190
 comportamiento de algunos pa-
 cientes 234
 comunicación con el 182s
 conflictos inconscientes en la pri-
 mera infancia 188
 demanda del 161s 193 197
 despedida del 178
 despedida final del terapeuta 276
 fantasías del 147
 motivaciones del 93
 mundo interno del 155
 participación del 74 175
 peculiaridades del 91
 problemas frente a la terminación
 275ss
 puntos de discusión 186
 recepción del 145 148 151 178
 relación transferencial con el 149
 responsabilidad del 174s
 respuesta ante la finalización 275
 su actitud ante las resistencias 203
 su relación con el terapeuta 146
 150 170 204
 sus respuestas al terapeuta 261
 temas de discusión 189
 Paolino, T. 99 102s 134
 Paul, I.H. 69 77
 Pearson, G. 117
 Peck, R. 296 302
 Perversiones 160
 Piaget, J. 297
 Pontalis, J.B. 103
 Primeras entrevistas 146 150s 154
 161 166ss 178 196 201 214 226
 232 329 335
 actitud imperativa en las 166
 entrevista libre o dirigida 153
 finalidad de las 152
 resistencia en las 167ss
 Principio de la múltiple sobredeter-
 minación 215
 Proceso terapéutico 68s 70s 73 75 86
 99 122 126 130 137 148 200
 204 218 270 278 281 327

- Proyecciones 24s 31s 34s 38s 45 48
106 119 121 189 197ss 202 250
258 312s 320 325
comunicativas 36
- Psicoanálisis 15s 21s 29 40 48 51 56
64 75s 77s 80 83 87 99 103ss
110 118 121 132 137 146 156
169 177 200 202 206ss 210ss
222 227ss 231 234 247s 250ss
266 269 273 282 284s 288
- Psicoanalista 41 48 51 104 106 107ss
113 115 117s 119s 122s 125s
132 139ss 156 208s 210ss 217s
228 230s 248s 252 263s 303
- Psicosis 160 250 281
manifestaciones psicóticas 330ss
ruptura psicótica 332
- Psicoterapeuta
actitud del 184s 191
características del 89
como autoridad benévola 148
como imagen paterna 199
comportamiento del 87s
disponibilidad del 232
empatía con 204
figura del 167
funciones del 282
idealización del 147ss
ideas equivocadas sobre 168s
intervenciones adecuadas del 205
intervenciones específicas del 336
intervenciones del 232s 261
intervenciones verbales del 233
labor del 274
lugar del psicoterapeuta en la I. P.
317s
narcisismo del 198s
neutralidad ante el 204
palabras el 261
primer encuentro con el paciente
200
psicoterapeuta y paciente tras la
terminación del tratamiento
281
relación emocional a través del
85ss
responsabilidad del 174s
respuestas del 261
salud mental en el 198
sentimiento de agresividad contra
el 277
- sexo del 170
su interés por el paciente 202
su personalidad 82s
sus tareas en la I. P. 323ss
temas de discusión 189
tipos, según Zimmermann 83
tolerancia con el paciente 203
- Psicoterapia
abreviada 173
analítica 69
clases de 56
como intervención en crisis 334s
concepto y definición de 53
criterios de salud mental en la 67
de apoyo 248
directiva 236
instrumentos técnicos de la 57
objetivos de la 276
participación del paciente en la 74
psicoanalítica
en circunstancias especiales 326
en consultorio externo 317
en I. P. 318s
indicaciones de la 81
transferencia en la 173
y psicoanálisis 75ss 78ss 81s
sugestiva 248
y cambio 64 67
- Pulsiones 22 24 27s 29ss 35 38 40 81
88 100 107ss 112 114 129 132
134s 136ss 165 204 216s 224
230 232 236 299 307 331
agresivas 23 26 36 39 50 132 155
agresivo-incorporativas 26s 30 165
167 288
amorosas 26 41
componentes pulsionales 41
de muerte 39 45s 49 51
destructivas 26 34 44 72 155 306
eróticas 26s 28s 44 46 48 67 111
155 298
inconscientes 103 112
internas 137
instintivas 129
liberadas 299
libidinales del bebé 111
nutritivas 50
orales 31 50
sádicas orales 27
satisfacción 24

- Relación de trabajo 115 148 167 170
1.5 184 188 192s 194s 196s
198s 203s 206s 208s 210s 212s
27 323 336
- Relación terapéutica 76 132 134 140
204 212s 219 225 229 271 329
negativa 126 263s
- Relación transaccional 62 113s
- Represión 28 35 106 128 130 133s
316
defensas represivas 158s
según Freud
represión primaria 134
represión propiamente dicha 134
retorno de lo reprimido 134
- Reproyección 122
- Resistencias 61s 77 113 132 165s 175
187 190 200 203s 207ss 218
228 236 268 272ss 278 333
al terapeuta 166
aparición de las primeras 166
concepto 126
según Freud 128 133s 136
según Rosenfeld 128
del yo 135s
y defensas 130
y rasgos del carácter
según J. Codruch 129
según W. Reich 129
- Respuestas 261
de adaptación 221s
- Riviere, J. 264
- Rogers, C. 60 245
- Rosenfeld, H.A. 51 115 128 138 160
231 248 264 308 331
- Rycroft, C. 250
- Salud mental 65s 67s
- Sandler, J. 113 117 123 137 207
- Schutt, B.A. 33
- Searles, H.F. 115
- Segal, H. 31 115 117 124 208 248 317
- Self 22s 28 32ss 36s 47 50 51 63 111
112s 121ss 131 138s 148 156
166 188 195 221 264 267 270
273 277 295s 307s
crecimiento del 189
infantil 124ss 253
oculto 175
su regresión en la transferencia 112
253
- Rachis, E. 117 119
- Rado, S. 166
- Rallo, J. 245
- Rapaport, E. 114
- Rasgos del carácter 129s 137 183 187
290
defensivos e reactivos 130 187
sublimados 129 187
- Reacción terapéutica negativa 136
263s
- Realidad externa 24 37 40 51 66 88
104 129 135 149 156 162 227
249 266 269 323 327
- Realidad interna 38 40 51 138 148
159 232 266s
- Recamier, P.C. 323
- Rechazo 204
- Regresión 26ss 78s 104 124 128 130
132s 204 253 273 280 288s 303
transferencial 226 240 253
- Reich, W. 129
- Reintroyección 39 111 252 277
- Relación
bebé-objeto 22
bebé-padres 23
con el paciente 335
externa 276
interpersonal 53 55 61 81 84 87 190
322
intrapísica 123
médico-enfermo 54
personal 55
psicoterapeuta y paciente 53 86 97
102 145s 148 208 223 252 261
282
real 113
sujeto-objeto 24
transferencia-actuación 227
transferencia-contratransferencia
124
- Relación de objeto 21s 23s 25s 27s
29s 31ss 36ss 43 47 110 113
132s 146 151 188 208s 216s
225s 230s 233 248 250 290 295
303 312 327s
desarrollo de la 21 23s
evolución de la 26
infantil 44
pregenital 25
según M. Klein 30 207 210
trama evolutiva de la 23