

Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas*

De otras revistas
(Resúmenes)

Autor

Otto Kernberg
21 Bloomingdale Road
White Plains
NY 10605USA.

Este trabajo fué presentado
a la Asociación
Psicoanalítica del Uruguay el
15 de agosto de 1998.

El autor explora las controversias que implica la psicoterapia psicoanalítica desde las perspectivas conceptual, clínica y educacional. Propone un concepto integrado de las modalidades del tratamiento psicoanalítico y su subdivisión en psicoanálisis clásico, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo basada en el psicoanálisis. Se esbozan las experiencias clínica y de la investigación psicoanalítica de estos aspectos. Se propone que los institutos psicoanalíticos enseñen la psicoterapia psicoanalítica a los candidatos en formación psicoanalítica, las indicaciones y las contraindicaciones de estos enfoques terapéuticos a la luz de la teoría psicoanalítica. El autor enfatiza que ahora poseemos un amplio espectro de enfoques con base psicoanalítica para aquellos pacientes que extienden en forma significativa la eficacia terapéutica de nuestra profesión y de esta forma pueden fortalecer el impacto social del psicoanálisis.

Controversias respecto a la psicoterapia psicoanalítica

La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica se está convirtiendo en una preocupación central de la comunidad psicoanalítica por la combinación de:

- 1) el desarrollo de un amplio espectro de psicoterapias psicoanalíticas que derivan del psicoanálisis como teoría básica subyacente y como método de tratamiento;
- 2) la utilidad ampliamente reconocida de estos métodos psicoterapéuticos derivados, para muchos casos muy graves para participar del psicoanálisis clásico y la posibilidad de llegar a un gran número de pacientes a métodos psicoterapéuticos de pareja y de grupo llevados a cabo con una menor frecuencia

de sesiones (y un costo financiero menor) que el psicoanálisis clásico;

3) los desafíos conceptuales presentados por los desarrollos de la teoría y de la práctica psicoanalíticas que han ampliado o cambiado la técnica psicoanalítica de algunas escuelas, implícitamente borrando la diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas;

4) el desarrollo de escuelas independientes de psicoterapias psicoanalíticas, terapeutas formados en teorías y técnicas que parecen estar en competencia con aquellas que se enseñan en los institutos psicoanalíticos;

5) el problema de si las psicoterapias psicoanalíticas deberían enseñarse como parte de la formación de los candidatos psicoanalíticos, si deberían dejarse a otras instituciones que no fueran institutos psicoanalíticos o realizadas como programas de posgrado para ser desarrolladas por asociaciones psicoanalíticas;

6) controversias más significativas dentro de los círculos psicoanalíticos, que surgen de la pregunta de si los institutos psicoanalíticos deberían formar psicoterapeutas psicoanalíticos que no reciben una formación completa como psicoanalistas, con la pregunta relacionada de si serían adecuados para esta tarea los requisitos de análisis personal, de supervisión y de experiencias de seminarios;

7) el desafiante problema de qué actitud deberían tomar los institutos y asociaciones psicoanalíticas respecto a la certificación, al reconocimiento nacional o federal del reembolso a un tercero por tratamiento psicoanalítico, y cómo definir los límites de las prácticas no-psicoanalíticas y sus organizaciones.

Traducción
Raquel Morató de Neme

Los problemas planteados por la relación entre el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas son, por lo tanto, conceptuales, clínicos, educacionales y políticos.

Al explorar el problema *conceptual* de la relación entre el psicoanálisis *per se* y las psicoterapias psicoanalíticas se hace necesaria una clara definición de la esencia del método psicoanalítico de tratamiento (o “técnica psicoanalítica”), una clara definición del límite entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica y el límite entre esta última y la psicoterapia de apoyo, psicoterapias, todas ellas, que derivan de la fundamentación del psicoanálisis. Sin embargo, dado el desarrollo de teorías psicoanalíticas alternativas y sus correspondientes enfoques técnicos en la actualidad, ¿es realmente posible una definición abarcativa del psicoanálisis diferente a las psicoterapias psicoanalíticas?

Con respecto a *los aspectos clínicos*, las preguntas correspondientes implican las indicaciones y las contraindicaciones para el psicoanálisis y sus métodos derivados de tratamiento y la prognosis y las implicancias técnicas de estas diferentes modalidades de tratamiento.

Desde una *perspectiva educacional*, el papel de los institutos psicoanalíticos y de las asociaciones para proporcionar la formación en las psicoterapias psicoanalíticas plantea problemas de metodología educacional, la posibilidad de varios “senderos” o especialización en la formación, las ventajas y las responsabilidades involucradas al proporcionar la formación de psicoterapia psicoanalítica en instituciones académicas fuera de los institutos psicoanalíticos propiamente dichos (como programas de formación en los residentes psiquiátricos y formación en otras instituciones públicas o privadas) y, finalmente, el problema de la relación de las instituciones psicoanalíticas con otras instituciones que forman personas que practican psicoterapia psicoanalítica.

Respecto a *los aspectos políticos*, la alianza o competencia y la diferenciación de otras instituciones de psicoterapia, enfoques comu-

nes con ellas para los sistemas de salud pública y otros sistemas de pre-pago; resumiendo: la profesionalización y la legalización del psicoanálisis y de la práctica psicoterapéutica (cómo proteger al público de las ‘terapias silvestres’) tiene importantes implicancias políticas.

En este trabajo, me limitaré a los aspectos conceptuales, clínicos y educacionales. Las *estrategias políticas* y las tácticas a seguir por las instituciones psicoanalíticas parecen ser tan dependientes de las situaciones locales, que varían de país en país, que cualquier generalización en este punto parece ser prematura. No obstante, la aclaración de los principios y de los aspectos conceptuales, clínicos y educacionales que siguen ayudará a algunas sociedades e institutos a desarrollar estrategias políticas apropiadas a la geografía particular de sus regiones.

En una publicación previa (1993), examiné el desarrollo de las convergencias y de las divergencias de la técnica psicoanalítica contemporánea, concluyendo que el encuentro extensivo y mutuo entre los enfoques psicoanalíticos de la psicología del yo, de los kleinianos, de los británicos independientes y de la corriente principal francesa permite ahora la definición de una técnica común básica que establece un límite global para el psicoanálisis. Estas técnicas comunes incluyen mantener un foco central sobre el análisis de la transferencia, permaneciendo alertas al análisis del carácter (“organizaciones patológicas” [Steiner, 1987, 1990], en la terminología kleiniana), y centrándose especialmente en los significados inconscientes “del aquí y ahora”. Hay una tendencia incrementada en traducir los conflictos inconscientes a la terminología de las relaciones objetales, un énfasis aumentado en el análisis de la contratransferencia y sobre la importancia de la experiencia afectiva del paciente como punto de entrada a la exploración de los significados inconscientes. Áreas adicionales de convergencia de los diferentes enfoques psicoanalíticos incluyen la aumentada preocupación con la “indocctrinación” de los pacientes, (Kernberg, 1996), la consideración de una multiplicidad de “camino reales” hacia el

inconsciente (Blum, 1985) y un cuestionamiento de los modelos lineales del desarrollo.

Mientras tanto, una nueva corriente psicoanalítica está divergiendo gradualmente de la corriente principal recién resumida (Kernberg, 1997). Esta nueva corriente, particularmente fuerte en los Estados Unidos, se refiere al desarrollo de enfoques psicoanalíticos intersubjetivos e interpersonales que incluyen la psicología del sí mismo, por un lado, y la tradición cultural psicoanalítica que se expresa en el psicoanálisis interpersonal contemporáneo, por otro. En tanto la psicología del sí mismo se centra en las transferencias del sí mismo y del objeto del sí mismo como la matriz principal del tratamiento psicoanalítico, implica un movimiento que se aleja de la neutralidad técnica, con el énfasis puesto en la sintonía emocional y la inmersión subjetiva del analista en la experiencia subjetiva del paciente. Este enfoque también acentúa una actitud “anti-autoritaria” por parte del analista, cuestionando la naturaleza privilegiada de la subjetividad del analista. En la actualidad los enfoques intersubjetivos e interpersonales, que se mueven en la misma dirección, se centran en los “aspectos reales” del vínculo transferencial/contratransferencial, sobre el papel del analista para compensar la sobreestimulación o subestimulación pasada del sí mismo arcaico del paciente y en considerar que la personalidad se desarrolla continuamente en una matriz relacional (más que en el contexto de la expresión de los conflictos entre las pulsiones y las defensas contra las mismas). Este concepto de desarrollo requiere un enfoque consistente en el campo intersubjetivo en la relación entre paciente y analista y da por sentado que el crecimiento emocional del paciente depende de la interacción de nuevas experiencias interpersonales afectivas. Una consecuencia importante de este cambio total en las perspectivas psicoanalíticas es el cuestionamiento del punto de vista tradicional y positivista de la objetividad del analista al interpretar las distorsiones transferenciales del paciente y sus orígenes. El enfoque intersubjetivo e interpersonal favorece un modelo constructivista, en el cual la exploración de los desarrollos en la nueva relación afecti-

va del encuentro psicoanalítico es la fuente básica de la interpretación y la incorporación del paciente de esta experiencia afectiva es considerada un factor terapéutico importante.

La mayoría de los analistas norteamericanos opera aparentemente todavía con el enfoque de la psicología del yo, influida, en mayor o menor grado, por la teoría de las relaciones objetales. Esta versión del psicoanálisis, en la medida que se enriquece cada vez más por los puntos de vista kleinianos, se puede diferenciar claramente de las psicoterapias psicoanalíticas. Es más difícil establecer límites conceptuales entre la psicoterapia psicoanalítica y los enfoques británico independiente, la corriente principal francesa y el constructivismo norteamericano, reflexión de su gran flexibilidad y expansión de la técnica y al mismo tiempo un desafío amenazador para la identidad de quienes lo practican. A este respecto, la práctica ampliada de las psicoterapias psicoanalíticas por los analistas durante muchos años en los Estados Unidos ha resultado un problema menor para los psicoanalistas norteamericanos que el que ha ocurrido en la corriente francesa principal, acentuado por un espectro más amplio del método psicoanalítico y una renuencia en aceptar las limitaciones de una “técnica analítica” (Cahn, 1996; Widlöcher & Braconnier, 1996; Widlöcher & Prot, 1996; Gibeault, 1998; Israel, 1998).

Aun considerando estas complicaciones, propongo que se pueda establecer y detallar, dentro de ciertos márgenes, un límite común básico entre el método psicoanalítico y el de la psicoterapia psicoanalítica. Este límite conceptual puede aplicarse a todas las escuelas psicoanalíticas a las que nos hemos referido. Sin embargo, otro aspecto necesita ser detallado. En el enfoque tradicional norteamericano a las psicoterapias psicoanalíticas, las técnicas estrictamente psicoanalíticas han tendido a combinarse con intervenciones de apoyo y, en la práctica, la discusión de la psicoterapia psicoanalítica por el contrario con el psicoanálisis a menudo se refiere a la inclusión de elementos de apoyo en estas psicoterapias. Este aspecto ha sido estudiado con minuciosidad por Wallerstein (1995) y por

Rockland (1989), el primero al presentar los argumentos para un continuum de las técnicas psicoanalíticas a la polaridad psicoanalítica/expresiva y a la polaridad sugestiva/de apoyo, esta última diferenciando precisamente la psicoterapia de apoyo de la expresiva. En lo que sigue, *propongo una diferenciación estricta entre el psicoanálisis clásico, la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo basada psicoanalíticamente*. Para aclarar un aspecto semántico menor, la psicoterapia psicoanalítica también ha sido llamada psicoterapia exploratoria o expresiva. La psicoterapia “psicoanalítica” y la terapia de apoyo implica que ambas modalidades de tratamiento están basadas en la teoría psicoanalítica (Kernberg, 1984). Desde luego, hay respetables psicoterapias de apoyo no psicoanalíticas que son eficaces y están validadas por la investigación. Pasaré a analizar la psicoterapia de apoyo basada psicoanalíticamente.

Diferenciación de estas modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente

Para diferenciar el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo entre sí, primeramente es importante distinguir la teoría que las engloba del tratamiento y de sus objetivos y separar las técnicas empleadas del proceso resultante. Obviamente, también hay que diferenciar el proceso del resultado, pero creo que podemos dejar de lado los esfuerzos para definir las modalidades de tratamiento sobre la base de su desenlace.

Respecto a la teoría subyacente de la motivación inconsciente (conflictos inconscientes entre la agresión y la libido, por un lado, y las defensas contra ellas, por otro, incluyendo las implicaciones estructurales de las configuraciones de impulso/defensa y las relaciones de objeto internalizadas en las cuales se encuentran tales conflictos inconscientes), esta teoría general es común a las tres modalidades, aunque el énfasis en las relaciones entre la teoría de las pulsiones, la teoría de las relaciones objetales y la organización estructural (“primera y segunda tópica” en el psicoanálisis francés, es decir, la teoría topo-

gráfica y la estructural, respectivamente) varía en los diferentes enfoques psicoanalíticos.

Respecto a los objetivos del tratamiento, estas modalidades de tratamiento varían: el objetivo del psicoanálisis es el fundamental cambio estructural, la integración del conflicto inconsciente reprimido o disociado en el yo consciente. En la psicoterapia expresiva o psicoanalítica, el objetivo es una reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de cambio sintomático significativo. El objetivo de la psicoterapia de apoyo es la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensa, con un reforzamiento de defensas adaptadas, así como de derivados pulsionales adaptados. Sin embargo, los objetivos del tratamiento, desde mi punto de vista, no se prestan para diferenciar suficientemente estas modalidades de tratamiento.

Es la traducción de estos objetivos en un enfoque técnico lo que caracteriza cada uno de estos tratamientos. Además, todavía tenemos dificultades metodológicas serias para evaluar el cambio estructural. Sorprendentemente, se ha observado cambios estructurales fundamentales en pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica, mientras que en pacientes con severas perturbaciones de la personalidad se encontró que respondían con un profundo cambio estructural a una variedad particular de psicoterapia psicoanalítica (Kernberg, 1984, 1992).

Sostengo que es en las técnicas utilizadas que se hace posible la diferenciación entre estas modalidades de tratamiento. Se podría argumentar que no es la técnica *per se* la que permite la diferenciación de estos tratamientos, sino la interacción entre la técnica y la respuesta del paciente, o aun la interacción entre la personalidad y la técnica del terapeuta, por un lado, y la personalidad del paciente y la interacción con el terapeuta, por el otro.

Este enfoque amplio respecto a la diferenciación de las técnicas, sin embargo, confundiría, por ejemplo, un atascamiento psicoa-

nalítico en el que el paciente es incapaz de seguir adelante con una modalidad psicoanalítica de tratamiento, con un atascamiento terapéutico en una psicoterapia psicoanalítica. Es verdad que la capacidad o incapacidad del paciente para participar en una modalidad definida de tratamiento puede inducir al terapeuta a cambiar su técnica: y esta técnica, entonces, determinará la naturaleza del tratamiento. Desde luego, un terapeuta puede cambiar o combinar su enfoque técnico de cualquier caso con el tiempo: una definición clara de las técnicas puede permitir el diagnóstico de ese cambio. Desde el punto de vista conceptual, creo que una definición diferencial de estas modalidades en términos exclusivos de la técnica empleada, separando la técnica de la interacción terapéutica y su eficacia en el caso individual, permite las diferenciaciones más claras y más clínicamente significativas. Obviamente, en la práctica clínica, la actitud y la personalidad del terapeuta teñirán la expresión de cualquier enfoque técnico, y la reacción del paciente, a su vez, la afectará. La experiencia clínica y la investigación, sin embargo, indican de manera convincente la posibilidad de definir una técnica básica y consistente, que se aplicará en cada caso a la luz de las siguientes guías.

Las siguientes son las diferencias técnicas básicas entre las tres modalidades de tratamiento basadas en la teoría psicoanalítica.

Al comenzar con la definición de Gill (1954) de psicoanálisis –es decir, la facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva y su resolución sólo por medio de la interpretación, llevada a cabo por un psicoanalista desde una posición de neutralidad técnica–, definiría *interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica* como los tres rasgos esenciales del *método psicoanalítico* (Kernberg, 1984; Kernberg y cols., 1989). Aunque el propio Gill se cuestionó esa definición en años posteriores, creo con firmeza –sobre la base de casi cuarenta años de compromiso con la investigación naturalista y empírica de las modalidades psicoanalíticas de tratamiento– que es la más simple, y tanto clínica como teóricamente, la definición más útil del método psicoanalítico. Con la

asunción subyacente de que la neurosis de transferencia regresiva reproduce en la situación analítica, las configuraciones dominantes impulso/defensa inconscientes de la psicopatología del paciente, la mayoría de los analistas anglófonos, probablemente todavía se sienten cómodos hoy día con esta definición. Si, al mismo tiempo, se especifica que las configuraciones impulso/defensa están parcialmente depositadas y totalmente internalizadas en las relaciones objetales, de manera que ambos lados –impulsivo y defensivo– de los conflictos inconscientes patógenos están representados por estas relaciones de objeto internalizadas, un amplio espectro de los teóricos de las relaciones de objeto de las tres regiones de la comunidad psicoanalítica se sentiría cómodo. Si, finalmente, se detallara que el contenido de estos conflictos inconscientes implica impulsos agresivos y libidinales que se centran en la sexualidad infantil, la constelación arcaica y la edípica avanzada, la seducción primaria, la angustia de castración y la escena primaria, los autores psicoanalíticos franceses también se sentirían reasegurados, dejando abierto hasta dónde están íntimamente ligados los aspectos arcaicos edípicos y los conflictos pre-edípicos. Esta definición de psicoanálisis en función de su técnica satisfaría así los requisitos conceptuales de la “corriente principal” psicoanalítica.

Esta definición (particularmente con relación a la neutralidad técnica), podría no satisfacer los requisitos conceptuales de los enfoques intersubjetivistas, los interpersonales y los de la psicología del sí mismo norteamericanos, pero puede contribuir para aclarar hasta dónde estos enfoques incorporan las técnicas psicoterapéuticas –contrastando la estrictamente psicoanalítica– y dónde marcarían los límites entre las tres modalidades de tratamiento que he esbozado. De esta manera, por ejemplo, el énfasis de estas escuelas sobre el análisis de la contratransferencia y sobre la naturaleza intrincada de los vínculos transferenciales-contratransferenciales puede ser compatible con la definición propuesta de psicoanálisis, excepto cuando la comunicación contratransferencial o puesta en acto disminuye o elimina la neutralidad técnica, la cual, si no se reduce por me-

dio de la interpretación, cambiaría la modalidad del tratamiento en psicoterapia psicoanalítica o, aun, en una de apoyo.

La técnica de la *interpretación* incluye la *clarificación* de la experiencia consciente y preconsciente del paciente, la *confrontación* como la focalización cuidadosa en el comportamiento verbal y no-verbal que complementa la comunicación de la experiencia subjetiva del paciente por medio de la asociación libre, y la *interpretación per se* del significado inconsciente de lo que se ha aclarado y construido, confrontando el significado inconsciente del “aquí y ahora” que es generalmente un puente importante para la interpretación del significado inconsciente en el “allá y entonces” (Sandler & Sandler, 1987).

El análisis de la transferencia es el foco interpretativo principal en el psicoanálisis clásico, llevado a cabo sistemáticamente, en el sentido de que una secuencia actualmente emergente de desarrollos transferenciales es explorada metódicamente sin una presunción sesgada del orden genético de estas disposiciones transferenciales. La consideración de las expresiones de la transferencia sincrónica y diacrónica –es decir, las condensaciones de los conflictos de diferentes etapas del desarrollo, que contrastan con una narrativa secuencial de un período particular del desarrollo– ha reemplazado conceptualmente modelos más antiguos de desarrollo lineal (Kernberg, 1993). Mientras que el análisis de la transferencia, particularmente en la noción kleiniana de análisis de la “situación de transferencia total” (Joseph, 1989), siempre incorpora los desarrollos fuera de las sesiones, se centra esencialmente en los desarrollos inconscientes de la relación analista/paciente, con el *análisis de la contratransferencia* como componente esencial del análisis de la relación terapéutica. Aun otorgando diferencias significativas respecto al enfoque de la transferencia –por ejemplo, centrándose especialmente en la comunicación lingüística y en la estructura de los analistas franceses, la focalización en la activación de las relaciones objetales primitivas de los enfoques kleiniano y de los británicos independientes, la focalización en las defensas caracteriales en la psicología del yo–, tal predominio del

análisis sistemático de la transferencia puede ser considerado una característica esencial del método psicoanalítico.

La neutralidad técnica se refiere a la equidistancia interpretativa del superyó, del ello, del yo agente y de la realidad externa, es decir, enfocando el material desde la posición de la observación de un segmento del yo del paciente (Kernberg, 1997). Tal neutralidad técnica implica una objetividad preocupada (alerta o vigilante) que permite el énfasis de la transferencia y su análisis como una distorsión implícita de la relación terapéutica “normal (estableciendo desde el comienzo el encuadre) y definiendo las tareas de ambos participantes (la asociación libre para el paciente y la interpretación para el analista).

La asociación libre es un método común al psicoanálisis y a la psicoterapia psicoanalítica. Las únicas características adicionales del psicoanálisis que contribuyen a sus diferencias con la psicoterapia psicoanalítica son la frecuencia de las sesiones y la utilización del diván. Puede argumentarse que el psicoanálisis no puede llevarse a cabo por debajo de una cierta frecuencia sin volverse “anémico” y la mayoría de los psicoanalistas estaría de acuerdo en que tres o cuatro sesiones constituyen el mínimo para que el trabajo psicoanalítico sea efectivo. Pero, desde mi punto de vista, ni la frecuencia de las sesiones ni el uso del diván son un rasgo conceptualmente significativo del psicoanálisis.

La psicoterapia psicoanalítica puede ser caracterizada por las mismas técnicas psicoanalíticas, pero con las modificaciones cuantitativas que, en combinación, resultan en un cambio cualitativo de la naturaleza del tratamiento. Cualquier sesión de psicoterapia psicoanalítica puede no ser distinguida de una sesión psicoanalítica, pero con el tiempo emergen las diferencias con bastante claridad. La psicoterapia psicoanalítica utiliza la interpretación, pero con pacientes con severa psicopatología, para muchos de los cuales este es el tratamiento de elección; la clarificación y la confrontación ocupan un espacio significativamente mayor que la interpretación *per se* y las interpretaciones de los significados inconscientes en el “aquí y ahora” un

espacio mayor que la interpretación en el “allá y entonces”. Para los propósitos prácticos, la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí y ahora son los aspectos principales de la técnica interpretativa utilizada en la psicoterapia psicoanalítica, con clara predominancia de la clarificación y de la confrontación (Kernberg, 1984; Kernberg y cols., 1989).

Con respecto al *análisis de la transferencia*, en el tratamiento de pacientes con patología severa del carácter se constituye en el foco esencial de la psicoterapia psicoanalítica desde el comienzo, pero se modifica por medio de la conexión interpretativa activa del análisis de la transferencia con la exploración con profundidad de la situación vital diaria del paciente, enfoque que se hace necesario por el predominio de las operaciones de las defensas primitivas que existen en estos pacientes. Las operaciones de escisión (clivaje), en particular, tienden a disociar la situación terapéutica de la vida externa del paciente y pueden llevar a “actings out” (actuaciones) severas y disociadas dentro o fuera de las sesiones. Por lo tanto, la vinculación interpretativa entre la realidad externa del paciente y los desarrollos transferenciales en las sesiones se vuelve central.

La *neutralidad técnica* es una herramienta esencial, pero en el tratamiento de pacientes con patología severa del carácter la necesidad de establecer los límites hace preciso abandonar la neutralidad una y otra vez, para controlar el acting out que puede amenazar la vida misma o el tratamiento. Por el contrario, en Psicoanálisis I, la neutralidad técnica se mantiene idealmente a lo largo de todo el tratamiento. La naturaleza auto-perpetuadora del acting out en estos casos puede resultar imposible para resolverlos por medio de la interpretación sin estructurar o establecer límites. En la práctica, esto significa que, por ejemplo, el comportamiento suicida caracterológicamente determinado (contrastando con el suicidio en el contexto de una depresión severa) requiere el establecimiento de límites. Un contrato terapéutico inicial, en el que el paciente se compromete a hospitalizarse o a controlar su comportamiento suicida en lugar de actuarlo, puede ser una precondición para el tratamiento que repre-

senta claramente un abandono de la neutralidad técnica. Tal abandono debe ser explorado inmediatamente después de su establecimiento en términos de las implicaciones transferenciales del comportamiento estructurante del terapeuta, seguido por las implicaciones del análisis de la transferencia de ese mismo comportamiento y, a su vez, por la resolución gradual de la estructura o del establecimiento de los límites por medio de la interpretación, restaurando así la neutralidad técnica. En resumen, la neutralidad técnica en la psicoterapia psicoanalítica es un estado de trabajo ideal, preventivamente abandonado una y otra vez y reinstalado interpretativamente (Kernberg, 1984, 1992; Kernberg y cols., 1989).

La psicoterapia psicoanalítica generalmente requiere de dos a cuatro sesiones por semana, pero no menos de dos sesiones; para explorar los desarrollos transferenciales como para seguir la realidad cambiante de la vida diaria del paciente. No es posible llevar a cabo estas tareas con pacientes con patologías severas una vez por semana, porque el tiempo se utilizaría completamente para poner al día al terapeuta de los desarrollos de la vida del paciente, no incluyendo de esta manera el análisis de la transferencia o, de lo contrario, el análisis transferencial sistemático en estas circunstancias puede fomentar la escisión de importantes desarrollos (y actings out) de la situación vital diaria del paciente. La psicoterapia psicoanalítica tendría que realizarse “cara a cara” para permitir tomar nota de la comunicación del paciente por medio del comportamiento no verbal –modo predominante de comunicación en los trastornos graves de la personalidad– facilitando, de esta forma, la atención simultánea del terapeuta hacia: a) la comunicación del paciente de la experiencia subjetiva por medio de la asociación, b) la comunicación por medio del comportamiento no verbal y c) el análisis de la contratransferencia del terapeuta.

Como en el psicoanálisis, el análisis combinado por el analista de la información que proviene de estas tres fuentes permite el establecimiento de un “factor seleccionado” (Bion, 1968, 1970), señalando el empuje mayor de la interpretación.

De esta forma la psicoterapia psicoanalítica no diluye el “oro” del psicoanálisis con el “cobre” del apoyo, sino que mantiene una técnica esencialmente psicoanalítica con la finalidad de analizar los conflictos inconscientes activados por la transferencia con un encuadre modificado explícitamente, aceptado por el paciente de antemano. La atención a los desarrollos de la vida externa del paciente representa una focalización modificada del enfoque del psicoanálisis clásico, contrastando con el “no objetivo” de cada sesión psicoanalítica en el encuadre de la psicología del yo, o la “ausencia de memoria y de deseo” (Bion, 1967) en un encuadre kleiniano. La preocupación respecto a la vida externa del paciente en la psicoterapia psicoanalítica también se extiende al mantenimiento del estado de alerta acerca de la relación entre los desarrollos transferenciales y los objetivos de largo alcance del tratamiento; es decir, la atención respecto al tratamiento en sí mismo, como puerto protegido, puede adquirir funciones de ganancia secundaria como una protección contra la realidad externa en el caso de pacientes con psicopatología severa (Kernberg y cols., 1989).

La *psicoterapia de apoyo* basada en la teoría psicoanalítica también puede ser definida a lo largo de las tres técnicas importantes mencionadas. Con respecto a la interpretación, la psicoterapia de apoyo utiliza los pasos preliminares de la técnica interpretativa, es decir, la *clarificación* y la *confrontación*, pero *no utiliza la interpretación per se*. Por el contrario, utiliza el *apoyo cognitivo y emocional*, es decir, afirmaciones del terapeuta que tienden a reforzar los compromisos adaptativos entre el impulso y la defensa por medio del aprovisionamiento de la información cognitiva (como la persuasión y el consejo) y por medio del apoyo emocional (incluyendo la sugestión, el reaseguramiento, el dar aliento y la alabanza). Además, la psicoterapia de apoyo utiliza la *intervención directa del ambiente*, por medio del terapeuta, de los familiares, u otros servicios del personal de salud mental comprometido en funciones auxiliares terapéuticas (Rockland, 1989).

Por lo tanto, la *transferencia*, *no es interpretada* en la psicoterapia de apoyo, pero

tampoco es ignorada. La atención cuidadosa a los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar, con tacto, la naturaleza “inapropiada” de los desarrollos transferenciales, su reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente para disminuir este comportamiento patológico en la sesión. Al señalar la naturaleza distorsionada, improductiva, destructiva o confusional del comportamiento del paciente, se une la aclaración de las razones conscientes del paciente de su comportamiento en las sesiones con la confrontación de su naturaleza inapropiada, seguida de impartirle o “exportarle” el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento. En resumen, la psicoterapia de apoyo incluye la *clarificación, la reducción y la “exportación” de la transferencia*, contribuyendo, de esta manera, con las funciones re-educativas de la psicoterapia de apoyo junto al apoyo directo cognitivo y emocional de combinaciones adaptativas de impulso y defensa, e intervenciones directas de apoyo al ambiente.

La *neutralidad técnica es abandonada sistemáticamente* en la psicoterapia de apoyo; el terapeuta toma alternativamente la posición a favor del yo, del superyó, del ello o de la realidad externa, de acuerdo a qué instancia representa, en un determinado momento, cuanto más adaptativo sea el potencial del paciente. Desde luego, los peligros principales de la terapia de apoyo son, por un lado, la infantilización del paciente por una posición excesiva de apoyo y, por otro, el acting out contratransferencial como consecuencia del abandono de la posición de neutralidad técnica. El terapeuta que realiza psicoterapia de apoyo, por lo tanto, necesita de una conciencia aumentada del riesgo de estas complicaciones. Como la psicoterapia psicoanalítica, la psicoterapia de apoyo es llevada a cabo en sesiones “cara a cara” y tiene la ventaja de una considerable flexibilidad con respecto a la frecuencia, desde varias sesiones por semana a una sesión semanal, o una o dos sesiones por mes, de acuerdo a la urgencia de las dificultades presentes del paciente y de los objetivos a largo alcance del tratamiento.

La diferenciación propuesta entre psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo puede criticarse del punto de vista de la actual práctica psicoterapéutica, en la cual las técnicas de apoyo e interpretativas a menudo se combinan en tratamientos que van desde los eclécticos a la psicoterapia “silvestre”. Desde un punto de vista teórico, esta práctica ha recibido soporte de la consideración de los efectos del apoyo de las intervenciones psicoanalíticas, de manera que se supone que todos los tratamientos basados en la teoría psicoanalítica contienen elementos de apoyo. De todos modos, la combinación de psicoterapia expresiva o psicoanalítica con intervenciones psicoterapéuticas de apoyo es prevalente en la práctica clínica. Sin embargo, creo que los efectos de apoyo de cualquier intervención deben diferenciarse de las técnicas de apoyo propiamente dichas y que la combinación prevalente de técnicas interpretativas y de apoyo en la práctica clínica es altamente cuestionable. Creo que esta combinación interfiere con la posibilidad del análisis de la transferencia con profundidad, por el abandono de la neutralidad técnica, y con el despliegue completo de las técnicas de apoyo para reducir la desviación de la neutralidad técnica y proteger alguna posibilidad del análisis de la transferencia. A este respecto, creo que una formación psicoanalítica total facilita tanto el aprendizaje de una psicoterapia estrictamente psicoanalítica como su diferenciación de la terapia de apoyo. Además, esa formación puede facilitar el aprendizaje con profundidad de la metodología de la terapia de apoyo basada en la teoría psicoanalítica.

Comparaciones, indicaciones y contraindicaciones

Resumiendo las diferentes características de los tres tratamientos descritos, en términos de *estrategias*, *tácticas* y *técnicas*, podemos decir que las *técnicas* del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica son esencialmente idénticas, con modificaciones cuantitativas que crean una atmósfera diferente en la psicoterapia psicoanalítica a lo largo del tiempo. En cuanto a la proporción de clarificación y confrontación, con relación a la in-

terpretación *per se*, puede cambiar en el curso de cualquier tratamiento psicoanalítico; la diferenciación entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica no puede ser indagada en cualquier sesión, sino que sólo puede ser establecida por la evaluación del tratamiento a lo largo del tiempo; un “área gris” de incertidumbre es inevitable en la práctica clínica. La prevalencia claramente diferente de la interpretación *per se*, de adherencia no ondulante respecto a la neutralidad técnica y de la sistemática interpretación transferencial a lo largo del tiempo hacen fácil el diagnóstico diferencial del psicoanálisis contrastando con la psicoterapia psicoanalítica en la gran mayoría de los casos. Las operaciones defensivas primitivas son sistemáticamente interpretadas, tanto en el psicoanálisis como en la psicoterapia psicoanalítica, en la medida que entran en la transferencia, en el contexto del análisis de la activación de las relaciones objetales primitivas que representan los conflictos intrapsíquicos inconscientes entre las pulsiones y las defensas contra ellas. Además, porque la elaboración sistemática de la neurosis de transferencia –que es la secuencia en que se despliegan naturalmente los paradigmas de la transferencia– en el curso del tratamiento psicoanalítico, la atmósfera de la situación analítica gradualmente cambia, de un predominio del análisis de la naturaleza intersubjetiva de las formaciones transferenciales/contratransferenciales, a un predominio gradual de la exploración de los niveles más profundos de la experiencia intrapsíquica del paciente (André Green, comunicación personal). Por el contrario, el lógico predominio de la exploración de los desarrollos intersubjetivos de la psicoterapia psicoanalítica sin ese cambio gradual señala la naturaleza relativamente limitada del análisis de la transferencia en estos casos. De igual manera, la clara diferencia de las técnicas de la psicoterapia de apoyo –la ausencia de interpretación de los conflictos inconscientes, particularmente de la transferencia, la utilización de técnicas de apoyo cognitivas y afectivas, y las intervenciones directas del ambiente; la utilización de la transferencia con propósitos re-educativos y el abandono consistente de la neutralidad técnica al servicio de fomentar, por medio del apoyo las configuraciones adaptativas de impulso/defensa–

señala la distancia entre este enfoque y el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, mientras que todavía se basa en la teoría psicoanalítica.

¿Qué influencias tiene la teoría psicoanalítica sobre la psicoterapia de apoyo? Lo hace, primeramente, por el uso de técnicas derivadas del psicoanálisis (clarificación y confrontación). Permite que el terapeuta esté alerta a los desarrollos transferenciales, facilita el diagnóstico de las operaciones defensivas primitivas en las interacciones terapéuticas, dejando al terapeuta aclarar y aliviar sus funciones presentes y proteger la seguridad y la autoestima del paciente, sin señalar sus raíces inconscientes. Estar alerta a la contratransferencia que también ayuda para agudizar el enfoque del terapeuta de la psicoterapia de apoyo.

Del punto de vista de las *estrategias* de tratamiento, la estrategia del psicoanálisis es la resolución de la neurosis de transferencia; la estrategia de la psicoterapia psicoanalítica, en pacientes con perturbaciones de la personalidad u organización de la personalidad fronteriza, implica resolver el síndrome de difusión de la identidad permitiendo la integración de la identidad normal del yo. Las constelaciones de la patología del carácter que operan en la estructura de la identidad normal pueden no ser elaboradas suficientemente en el tratamiento de estos pacientes, a pesar de radicales cambios de personalidad y de la resolución de sus síntomas neuróticos (Kernberg, 1984, 1992; Kernberg y cols., 1989). La estrategia en la psicoterapia de apoyo es el mapeo cuidadoso y gradual de las dificultades interpersonales dominantes del paciente y de sus síntomas neuróticos, que reflejan conflictos inconscientes y su modificación psicoterapéutica en la dirección de reforzar soluciones adaptativas a los conflictos inconscientes en todas las áreas disponibles a la exploración psicoterapéutica, con la utilización particular de la clarificación, la confrontación, la reducción y la exportación de la transferencia como técnica principal de tratamiento. En la psicoterapia de apoyo la estrategia implica fomentar una mejor adaptación a las necesidades intrapsíquicas y ex-

ternas más que los esfuerzos de cambio estructural intrapsíquico.

Con respecto a las *tácticas* de estos tratamientos, es decir, el enfoque al material del paciente de cada sesión, el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica utilizan el mismo. El terapeuta intenta diagnosticar el aspecto transferencial predominante sobre la base de la exploración simultánea de la comunicación verbal y no verbal del paciente y de la contratransferencia, establecer un “hecho seleccionado”, y luego trabaja interpretativamente con el conflicto inconsciente afectivamente dominante que este hecho seleccionado representa. La atención flotante del analista le permite capturar el material afectivamente dominante. En la psicoterapia de apoyo, la sintomatología dominante y las perturbaciones del comportamiento del paciente dictan el punto de entrada de las intervenciones psicoterapéuticas. El terapeuta se centra en la transferencia (como se describió previamente) sólo cuando las complicaciones transferenciales interfieren con el esfuerzo de cambiar las configuraciones de impulso/defensa por medio de intervenciones de apoyo. De esta manera, la estrategia, las tácticas y las técnicas clarifican conjuntamente las diferencias entre estas tres modalidades de tratamiento basadas en la teoría psicoanalítica.

Las *indicaciones* para estas tres modalidades de tratamiento todavía están sujetas a debate y la experiencia clínica que tenemos en la actualidad necesita ser fortalecida (o confrontada) con datos empíricos. Con el reconocimiento de las limitaciones del psicoanálisis en muchos casos de comportamiento severo, crónico, con amenaza de vida auto-destructiva, tales como comportamiento suicida crónico, perturbaciones severas de la alimentación, droga-dependencia, alcoholismo y comportamiento antisocial, se ha comprobado que la *psicoterapia psicoanalítica* es un tratamiento muy eficaz para muchos de estos pacientes, pero de ninguna manera para todos los pacientes con estas características. El diagnóstico diferencial para aquellos casos de grave comportamiento auto-destructivo y anti-social a los cuales beneficia el tratamiento de psicoterapia psicoanalítica, ha

sido uno de los importantes efectos secundarios de la exploración psicoanalítica de estos casos (Kernberg, 1992). La indicación de psicoterapia psicoanalítica para pacientes con organización neurótica de la personalidad, donde, en la actualidad, el psicoanálisis *per se* sería el tratamiento de elección, es todavía controvertida. Puede indicarse como tratamiento alternativo cuando las contraindicaciones individualizadas representan un papel significativo. A menudo se elige en lugar del psicoanálisis por razones financieras o consideraciones geográficas o límite de tiempo: Esta es precisamente el área controvertida. Creo que es justo decir que, dado el presente clima cultural y financiero y la naturaleza muy reciente de la investigación empírica respecto a la eficacia de estos tratamientos, las presiones financieras y culturales a menudo tienden a sobreponerse en esta época a la evidencia clínica en cuanto a la indicación de psicoanálisis como el mejor tratamiento de elección.

La *psicoterapia de apoyo*, concebida originalmente como el tratamiento de elección para pacientes con severas perturbaciones de la personalidad, puede ser considerada ahora como el tratamiento alternativo para aquellos pacientes con severos trastornos de la personalidad que son incapaces de participar en la psicoterapia psicoanalítica. El proyecto para investigación psicoterapéutica de la Fundación Menninger mostró que los pacientes con perturbaciones psiconeuróticas menos severas tienden a responder muy positivamente a las tres modalidades derivadas de la teoría psicoanalítica, aunque mejor al psicoanálisis clásico (Kernberg y cols., 1972).

El *psicoanálisis clásico* es el tratamiento de elección para pacientes con una organización de personalidad neurótica. El psicoanálisis también se ha extendido a algunas perturbaciones severas de la personalidad, en particular al gran espectro de pacientes con perturbaciones narcisistas de la personalidad, a pacientes con rasgos mixtos histérico/histriónicos y a casos especiales de pacientes con severos rasgos paranoides, esquizoides y sadomasoquistas. Aunque todavía nos faltan estudios sistemáticos de la relación entre los tipos particulares de psicopatología y su re-

sultado con tratamientos psicoterapéuticos derivados de la teoría psicoanalítica, podemos afirmar, como generalización, hasta este momento, que para los casos menos severos la psicoterapia breve, la psicoterapia de apoyo o el psicoanálisis son los tratamientos de elección, representando el psicoanálisis la oportunidad para una mejoría mayor si la gravedad del caso es suficiente para garantizar el tratamiento psicoanalítico. Para aquellos casos de gravedad moderada, pero todavía dentro de la organización neurótica de personalidad, el psicoanálisis es el tratamiento de elección y, definitivamente, se puede esperar menos de la psicoterapia psicoanalítica. Como mencionamos antes, debido a restricciones financieras, en muchos países, tal vez particularmente en Estados Unidos, la psicoterapia psicoanalítica se ha convertido en un tratamiento prevalente para aquellos casos en que se podía esperar una mejoría óptima con el psicoanálisis *per se*. Las indicaciones técnicas para un tratamiento óptimo y consideraciones costo-beneficio lamentablemente no siempre coinciden. Para los casos más severos, el psicoanálisis es el tratamiento de elección sólo en casos individuales especiales y la psicoterapia psicoanalítica es el tratamiento de elección para la gran mayoría, con la psicoterapia de apoyo como segunda elección si predominan contraindicaciones para la psicoterapia psicoanalítica.

En todos los casos, son importantes las contraindicaciones individualizadas para el tratamiento respectivo. En el caso del psicoanálisis, las contraindicaciones individuales dependen de los problemas de fuerza del yo, de la motivación, de la introspección o del insight, de la ganancia secundaria, de la inteligencia y de la edad. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica, la ganancia secundaria, la imposibilidad del control del acting out que amenazan la vida o el tratamiento, la inteligencia limitada, rasgos significativamente anti-sociales y una situación de vida desesperada, pueden constituir contraindicaciones, particularmente cuando ocurren en combinación. Como mencionamos anteriormente, cuando la psicoterapia psicoanalítica está contraindicada por razones individuales, la psicoterapia de apoyo se convierte en el tratamiento de elección. Finalmente, en el caso

de la psicoterapia de apoyo, una capacidad suficiente para comprometerse en un tratamiento a seguir y la ausencia de rasgos antisociales severos constituyen mínimos requisitos individuales. Esto no es una lista completa, sino una ilustración del tipo de criterios que se vuelven dominantes en las decisiones individuales con respecto a la selección de tratamiento y de sus contraindicaciones.

Críticas principales y objeciones potenciales a este esquema propuesto de características diferenciales e indicaciones para el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo

1) Utilizar criterios diagnósticos psiquiátricos altamente especializados para decidir las indicaciones de tratamiento no es hacerle justicia al concepto psicoanalítico de la universalidad de los conflictos intrapsíquicos inconscientes y a la determinación del equilibrio psíquico de acuerdo a la naturaleza de estos conflictos. Las consideraciones sobre el diagnóstico psiquiátrico pueden restringir y sesgar la mente del psicoanalista y omitir su compromiso abierto de explorar el inconsciente.

2) La prognosis del tratamiento depende de rasgos altamente individualizados de la pareja analista-paciente. La naturaleza de la particular relación establecida por la pareja terapéutica se sobrepone a sus implicaciones pronósticas, a todos los aspectos del diagnóstico psiquiátrico o de la modalidad psicoterapéutica.

3) La transformación de la metodología psicoanalítica en una teoría de la técnica circunscrita es una injusticia a la complejidad de la comprensión intuitiva del analista, al instrumento psicoanalítico, a la creatividad del analista y a las muchas maneras en que las comunicaciones inconscientes de ambos participantes estimulan la activación de la comprensión del sí mismo y en el otro. Todas las “técnicas” restringen la riqueza de la captación intuitiva y la comunicación de la manifestación del inconsciente.

4) La necesidad, con el modelo propuesto de indicaciones para el tratamiento, de examinar inicialmente a los pacientes con profundidad –para establecer no sólo una descripción sino un diagnóstico estructural para aclarar su organización de personalidad predominante– es contraria a los principios de exploración abierta a los significados inconscientes de la presentación del paciente y amenaza con distorsionar la transferencia por la intervención activa e intrusiva del psicoanalista. El desarrollo espontáneo de los vínculos de la transferencia/contratransferencia le dará más información al psicoanalista que una evaluación respecto al diagnóstico psiquiátrico.

5) Las diferencias entre las tres modalidades de tratamiento descritos no toman en consideración las divergencias entre los varios enfoques psicoanalíticos que no pueden encajar en la cama de Procusto de las definiciones propuestas de interpretación, de análisis de la transferencia y de neutralidad técnica. Así, por ejemplo, cuando la psicología del sí mismo recomienda un enfoque interpretativo desde la posición del psicoanalista como objeto-sí mismo del paciente, contradice el concepto de neutralidad técnica como característica esencial de la técnica psicoanalítica; o, si no, en los enfoques psicoanalíticos intersubjetivos que son tolerantes de la expresión parcial (¿“puesta en acto”? o ¿acting out?) de la contratransferencia como estímulo a la activación transferencial e interpretación, otra vez el análisis de la transferencia propuesto es muy restrictivo, al dejar de lado la introducción de técnicas de apoyo en el encuadre psicoanalítico. Las intervenciones interpretativas, en el modelo psicoanalítico francés, pueden intentar contactar directamente el inconsciente al centrarse en los aspectos lingüísticos de un segmento de la comunicación del paciente, en la metáfora o en la metonimia de la asociación libre del paciente. Al dirigirse a ese segmento con un comentario interpretativo que tiene una cualidad escurridiza para evitar una saturación prematura de significado, preservando un aspecto “enigmático” de la interpretación para estimular lo inesperado en el inconsciente del paciente, puede no concordar con la

definición restringida de clarificación, confrontación, interpretación en el “aquí y ahora” y en el “allá y entonces” referido anteriormente.

Como respuesta a estas críticas y objeciones, propongo que un diagnóstico psiquiátrico inicial y sofisticado sólo puede ayudar a proporcionarle al analista una imagen del paciente más rica y más profunda. Para facilitar, además, la exploración de limitaciones potenciales o riesgos al enfoque del tratamiento, esta evaluación diagnóstica puede proporcionar también un encuadre que se convierte en ayuda en etapas posteriores del análisis, para relacionar el presente inconsciente con el pasado inconsciente. No es cuestión de pedirle al analista que mantenga los datos históricos in mente a lo largo de las sesiones y de esta manera restringirle la libertad para reaccionar al material del paciente, sino más bien dejar que emerjan el diagnóstico y el conocimiento histórico espontáneamente cuando se contacta, en la mente del analista, el “hecho seleccionado” actual.

La evaluación de la psicopatología del paciente necesita ser realizada desde una posición de neutralidad técnica y si afectar los desarrollos transferenciales, estos deberían prontamente ser detectados y analizados una vez que comienza el tratamiento. En términos más generales, la claridad de pensamiento y la precisión de las categorías en la mente del analista no deberían interferir con la atención libre y flotante una vez que el tratamiento ha comenzado y el analista está comprometido con el paciente. La experiencia clínica, aun con un texto manual de psicoterapia psicoanalítica para los pacientes fronterizos (Kernberg y cols., 1989), ha demostrado que un enfoque técnico bien definido deja un campo amplio para las variaciones de los enfoques individuales con los pacientes y para estilos y muy diferentes modos de interacción terapéutica que todavía están dentro de la misma categoría general de una intervención definida. La claridad de la conceptualización y la modalidad planificada de intervención, en resumen, no necesitan entrar en conflicto con la apertura intuitiva y las formulaciones creativas. Tal vez la crítica más importante del modelo propues-

to es que, de acuerdo a los desarrollos de la psicología del sí mismo, de las escuelas intersubjetivas/interpersonales, con los cambios en el análisis de la transferencia, la utilización de la contratransferencia y la flexibilidad respecto a la neutralidad técnica defendida por estos enfoques, las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica y aun sus diferencias comunes con la psicoterapia de apoyo se vuelven tan borrosas que el modelo que propongo ya no tiene aplicación. En realidad, en este aspecto, el modelo propuesto encaja mejor en la corriente principal psicoanalítica (psicología del yo, análisis kleiniano, psicoanálisis francés, británicos independientes). Sin embargo, es necesario señalar que las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, por un lado, y la psicoterapia de apoyo, por otro, son claras y suficientemente definidas para estar por encima de todas las variantes que existen en la actualidad dentro de los enfoques psicoanalíticos propiamente dichos.

Las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, como he sugerido anteriormente, pueden diagnosticarse sólo después de un período y este hecho puede presentar menos dificultades con el tiempo al diferenciar a la psicoterapia psicoanalítica de otros enfoques alternativos, al intentar clasificar la cantidad de sesiones en términos de si es psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica.

Si las suposiciones teóricas y técnicas expresadas en este trabajo son válidas, entonces la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia de apoyo son importantes derivados del psicoanálisis que pueden diferenciarse de este, lo cual expande mucho el campo de las intervenciones psicoanalíticamente basadas y puede proporcionar un espectro de terapias derivadas del psicoanálisis que ayudarían a gran parte de la población que no puede o que no debería tratarse por medio del psicoanálisis propiamente dicho.

En este trabajo, no he examinado la psicoterapia psicoanalítica de parejas (Dicks, 1967), la psicoterapia psicoanalítica de grupo (Ezriel, 1950; Foulkes & Anthony, 1957; Bion, 1961; Scheidlinger, 1980) ni el psico-

drama psicoanalítico (Jeammet, 1996; Gibeault, 1998). Todos estos son también derivados de la teoría psicoanalítica. De todos modos, el espectro de modalidades psicoanalíticas de tratamiento individual exploradas en este trabajo debería facilitar la definición y la descripción de otras modalidades de psicoterapia psicoanalítica y de psicoterapia de apoyo relacionadas con ellas. Este espectro de psicoterapias psicoanalíticas puede ampliar más el campo de psicopatología tratable por enfoques psicoanalíticos.

La formación en psicoterapia psicoanalítica

Ahora voy a tratar la última pregunta propuesta al comienzo de este trabajo: *¿Hasta qué punto debería incluir la educación psicoanalítica enseñar esta modalidad de tratamiento?* Comencé refiriéndome al hecho de que, en algunos círculos, debido a la dificultad de diferenciar claramente la psicoterapia psicoanalítica del psicoanálisis propiamente dicho y la tendencia a ver la psicoterapia como una mezcla de técnicas psicoanalítica y de apoyo (“la mezcla del oro con el cobre”), ha surgido la preocupación de la amenaza a la identidad psicoanalítica del candidato en formación, si fuera expuesto a formarse en psicoterapia psicoanalítica. Creo que, de acuerdo a lo que he dicho hasta ahora, una base sólida sobre la teoría de la técnica psicoanalítica, así como una precisa delimitación del psicoanálisis propiamente dicho, ayudaría al candidato avanzado en la formación psicoanalítica al verse confrontado a la oportunidad de aprender la psicoterapia psicoanalítica para pacientes a los cuales el psicoanálisis propiamente dicho está contraindicado o no es factible.

Propongo que la enseñanza sistemática de psicoterapia psicoanalítica en cursos avanzados ofrecidos en los institutos psicoanalíticos debería proporcionar al psicoanalista en formación una mayor flexibilidad en la técnica, para impedir las tendencias frecuentes a la “psicoterapia silvestre” llevada a cabo por algunos psicoanalistas cuando no aplican la técnica psicoanalítica clásica. Así terminaría la problemática contradicción, en muchos lugares, entre enseñar y aprender la

técnica del psicoanálisis clásico, mientras que predomina el trabajo psicoterapéutico sobre el psicoanálisis propiamente dicho en la práctica clínica de nuestros candidatos y graduados. A la larga, esta formación psicoanalítica contribuye significativamente a la destreza clínica y a la sofisticación de los graduados de la formación psicoanalítica, mientras que proporciona un grado de control de calidad a la práctica de la psicoterapia por los candidatos, muchos de los cuales han tenido poca formación sistemática o ninguna en las modalidades psicoterapéuticas antes de entrar a los institutos psicoanalíticos.

Un aspecto muy controvertido es el problema de si los institutos psicoanalíticos también deberían ofrecer formación en psicoterapia psicoanalítica a no analistas como, por ejemplo, a los psiquiatras y psicólogos orientados psicoanalíticamente. El problema tiene implicaciones conceptuales, clínicas, educacionales y políticas. ¿Psicoterapeutas no formados psicoanalíticamente pueden y deberían realizar psicoterapia psicoanalítica como se define en este trabajo? Si la respuesta fuera, aun condicionalmente, positiva, ¿cuáles serían los requisitos correspondientes a esta formación? ¿Hasta dónde este programa de formación afectaría al instituto psicoanalítico?

Creo que no podemos evitar hacer esta pregunta. Las respuestas ampliamente divergentes dentro de la comunidad psicoanalítica ilustran la importancia de este problema. Al mismo tiempo es, sin duda, el aspecto más políticamente influido con relación a la psicoterapia psicoanalítica. En los Estados Unidos varios institutos psicoanalíticos ofrecen programas de formación sobre psicoterapia psicoanalítica para psiquiatras y psicólogos y experimentan estos programas como actividades positivas en el contexto de un ambiente generalmente indiferente u hostil en los departamentos de psicología y de psiquiatría clínicas en las universidades y en las facultades de medicina. También ven estos programas como actividades de potencial reclutamiento para futuros candidatos psicoanalíticos. En algunos institutos europeos, por el contrario –por ejemplo, en Francia e Italia– estos programas serían fuertemente des-

echados debido a una profunda preocupación por la identidad de la educación psicoanalítica en el contexto de un ambiente social lleno de programas de psicoterapia psicoanalítica de variados grados de calidad profesional ofrecidos por cuestionables institutos de formación. En estos países la mayor preocupación es proteger la naturaleza específica de la formación analítica de la contaminación de formas diluidas y “silvestres” de psicoterapia.

Sin embargo, este no es el aspecto central que afecta a la educación psicoanalítica en su preocupación respecto a la psicoterapia psicoanalítica. El problema apremiante es el reclutamiento de docentes de experiencia. Muchos psicoanalistas de experiencia, quienes también practican sistemáticamente psicoterapia psicoanalítica, realizan investigación y enseñanza de la psicoterapia psicoanalítica en universidades más que en los institutos psicoanalíticos. Así los institutos están privados de las contribuciones educativas de estos colegas. Propongo un esfuerzo activo por parte de los institutos psicoanalíticos para comprometer a estos expertos a enseñar psicoterapia psicoanalítica en el propio instituto. La tendencia a trasladar la responsabilidad de este esfuerzo educativo a la sociedad psicoanalítica bajo la forma de cursos de “posgrado”, tiende a negar, por medio de mensajes sutiles, la naturaleza esencial de esta experiencia educativa al colocarla fuera del instituto. Este desplazamiento encaja con un enfoque tradicional respecto a la psicoterapia psicoanalítica en las instituciones que las consideraban como un tratamiento de segunda clase, como una forma degradada o diluida del psicoanálisis. El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica derivan de una teoría común y no son modalidades competidoras de tratamiento; así es como yo lo veo. Esta última es una técnica altamente sofisticada y especializada con indicaciones y contraindicaciones, que va más allá del campo de los efectos terapéuticos del psicoanálisis. De esta forma, desde el punto de vista teórico y clínico, así como de las responsabilidades sociales de la profesión psicoanalítica, la enseñanza de las psicoterapias psicoanalíticas merece estar en manos de los niveles más altos de docentes, clínicos e investigadores.

Por último, la flexibilidad de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica deriva de la combinación del establecimiento de límites, de la resolución interpretativa de los movimientos que se alejan de la neutralidad técnica, de la preocupación de proteger la supervivencia del paciente así como la supervivencia del tratamiento por medio de tipos especializados de encuadre en el contrato y sobre todo, de la experiencia de los tipos más severos de regresiones transferenciales (es decir, transferencias muy graves psicopáticas, paranoides y depresivas [Kernberg, 1992]), que han facilitado el desarrollo de nuevos enfoques técnicos que pueden ser transferidos al psicoanálisis propiamente dicho. En este aspecto, la psicoterapia psicoanalítica puede ser considerada como encuadre experimental en donde nuevas técnicas psicoanalíticas para la situación de tratamiento clásico puedan ser exploradas, en forma paralela, desde luego, a la aplicación de enfoques técnicos derivados del psicoanálisis clásico a la psicoterapia psicoanalítica. Tengo in mente, aquí, las técnicas descritas por nuestro grupo de investigación de psicoterapia psicoanalítica con pacientes fronterizos de la Westchester Division of the New York Hospital (Clarkin y cols., 1998), las cuales incluyen enfoques técnicos a pacientes con deshonestidad crónica en la transferencia, pacientes que desarrollan episodios micropsicóticos y psicosis de transferencia paranoide, tipos severos de acting out en las sesiones, maldad en la transferencia, empates transferenciales sado-masoquistas crónicos y parasitismo social defensivo. Para todas estas condiciones, nuevos enfoques técnicos derivados de la psicoterapia psicoanalítica pueden ampliar el campo de acción y proteger también el encuadre del psicoanálisis clásico. Para concluir, la enseñanza y el aprendizaje de la psicoterapia psicoanalítica en el contexto de la formación psicoanalítica puede significar el enriquecimiento de la experiencia y la destreza clínica del analista en formación y fortalecer nuestros esfuerzos en la investigación y en nuestras contribuciones terapéuticas en un ambiente de cambio social, cultural y económico.

Bibliografía

- Bion, W. R.** (1961). *Experiences in Groups*. New York: Basic Books.
(1967). Notes on memory and desire. *Psychoanal. Forum*, 2: 272-3 and 279-80.
(1968). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
(1970). *Attention and Interpretation*. London: Heinemann.
- Blum, H. P.** (ed.) (1985). *Defense and Resistance: Historical Perspective and Current Concepts*. New York: Int. Univ. Press.
- Cahn, R.** (1996). Psychothérapies des névroses et des psychoses. In *Psychanalyse* by A. de Mijolla and S. de Mijolla Mellor. Paris: Presses Univ. France.
- Clarkin, J. F. et al.** (1998). *Treatment of Borderline Personality*. New York: Wiley.
- Dicks, H. V.** (1967). *Marital Tensions*. New York: Basic Books.
- Ezriel, H.** (1950). A psychoanalytic approach to the treatment of patients in groups. *J. Mental Science*, 96: 774-9.
- Foulkes, S H & Anthony, E J.** (1957). *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*. Baltimore, MD: Penguin Books.
- Gibeault, A.** (1998). À la découverte de l'arrière-Pays. Du processus analytique en psychanalyse et en psychothérapie (Unpublished).
- Gill, M M.** (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assn*, 2: 771-97.
- Israel, P.** (1998). Report of the Committee on Psychoanalysis and Allied Psychotherapies of the Executive Council of the IPA. (Unpublished MS).
- Jeammet, P.** (1996). Psychodrame psychanalytique individuel. In *Psychanalyse et psychothérapies*, ed. D. Widlöcher and A. Braconnier. Paris: Flammarion, pp. 33-43.
- Joseph, B.** (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London and New York: Tavistock/ Routledge.
- Kernberg, O. F.** (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale Univ. Press.
(1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversion*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
(1993). Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *Int. J. Psychoanal.*, 74: 659-73.
(1996). The analyst's authority in the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Q.*, 65: 137-57.
(1997). The nature of interpretation: intersubjectivity and the third position. *Amer. J. Psychoanal.*, 57: 297-312.
(1997). The interpretation of the transference. Merton Gill's contribution. Presented at the panel: "Analyzing transference: contemporary responses to Merton Gill", at the Annual Meeting of the American Psychoanalytic Association, San Diego, California, May 16, 1997 (Unpublished).
et al. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bull. Menn. Clinic* 36: 1-275.

- (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Rockland, L. H.** (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. New York: Basic Books.
- Sandler, J. & Sandler, A.-M.** (1987). The past unconscious, the present unconscious and the vicissitudes of guilt. *Int. J. Psychoanal.*, 68: 331–41.
- Scheidlinger, S.** (ed.) (1980). *Psychoanalytic Group Dynamics*. New York: Int. Univ. Press.
- Steiner, J.** (1987). The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid position. *Int. J. Psychoanal.*, 68: 69–80. Also in *Melanie Klein Today, Vol. 1, Mainly Theory*, ed. E. B. Spillius. London: Routledge, 1988, pp. 324–42.
- (1990). Pathological organizations as obstacles to mourning: the role of unbearable guilt. *Int. J. Psychoanal.*, 71: 87–94.
- Wallerstein, R. S.** (1995). *The Talking Cures. The Psychoanalyses and the Psychotherapies*. New Haven and London: Yale Univ. Press.
- Widlöcher, D. & Braconnier, A.** (1996). *Traitement psychanalytique. Psychanalyse et Psychothérapies*. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion.
- & Prot, V. A. (1996). *Psychanalyse et Psychothérapie. Psychanalyse et Psychothérapies*. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion.