

CONCEPTOS CLAVES DEL PSICOANÁLISIS

Prefiero sentirme estúpida que ser ignorante.⁵

Las relaciones evocan sentimientos conocidos o desconocidos. Estas hacen que las personas actúen de maneras características o inusuales. Estas dan forma y son formadas por lo que es hablado y lo que no es hablado, por lo que se realiza y lo que no se realiza. Ellas pueden sacar lo mejor o lo peor de las personas.

Las relaciones se dan en contextos que pueden modelar la manera en que las personas piensan, sienten y actúan. Los contextos facilitan o inhiben la emergencia de formas particulares de relaciones. A su vez, diferentes formas de las relaciones y contextos autorizan o prohíben acciones particulares. El patrón que emerge de esto crea la posibilidad para que una variedad de pensamientos y sentimientos surjan o que fallen en surgir.

El paciente y el profesional

Los códigos de la práctica proveen un marco a la práctica, el cual ayuda a los pacientes y a los profesionales a saber qué es razonable esperar de dicha relación. Estos describen principios que guían el rango de comportamientos que son aceptables del profesional, pero lo que no puede ser normado es el rango de pensamientos y sentimientos que acompañan estas interacciones. Una parte esencial del entrenamiento terapéutico y de la práctica continua es aprender a

5 Madre de Nathan, un paciente de 12 años.

reconocer estos pensamientos y sentimientos y asegurarse de que ellos no comprometan la capacidad de cumplir con el rol profesional.

Transferencia

El psicoanálisis emerge del trabajo de Sigmund Freud y Josef Breuer, quienes exploraron el lugar del trauma psicológico en la producción de síntomas que no estaban vinculados al daño de funciones físicas. Sus caminos se separaron a causa de diferencias de opinión respecto de la teoría y de la práctica. En la medida que Freud desarrolló su aproximación, encontró patrones particulares que surgían en las relaciones con los pacientes. La experiencia que sus pacientes tenían de él no reflejaba con exactitud la persona que él pensaba realmente era. Sus informes de casos fueron conclusivos en mostrar que ellos lo estaban experimentando precisamente de la misma manera en que ellos habían experimentado a personas significativas en etapas particulares de sus vidas, es decir de sus relaciones tempranas. El llamó a este fenómeno *transferencia*, reflejando así la transposición de pensamientos y sentimientos de una relación más temprana a la relación actual con él:

Queremos decir una transferencia de sentimientos a la persona del doctor, a partir de que no creemos que la situación en el tratamiento/terapia pueda justificar el desarrollo de este tipo de sentimientos. Sospechamos, por el contrario, que toda la viveza de estos sentimientos se deriva de otra parte, que éstos estaban preparados desde antes en el paciente y que, a partir de la oportunidad ofrecida por el tratamiento analítico, son transferidos a la persona del doctor. (Freud, S. 1927: 194)

Las reflexiones cruciales de Freud lo llevaron a reconocer y aceptar que estaba pasando por lo que era, simplemente eso, una reacción. No lo tomó como algo personal, sin importar si se trataba de un cumplido o una denigración. Era una reacción hacia él en este rol profesional particular y emergía a causa de una estructura y forma particular de relación.

Inicialmente, Freud consideró la transferencia como una obstrucción al trabajo "real" del proceso psicoanalítico. Su enfoque era más parecido a un intelectual proceso arqueológico, esto es, la identificación de los eventos, experiencias e impulsos subyacentes y de sus raíces enterradas en la infancia y niñez. Sin embargo, a medida que la práctica y la teoría psicoanalítica fueron evolucionando, se volvió evidente que, más que ser un obstáculo, esta *resistencia* era un mecanismo a través del cual el cambio terapéutico podía ocurrir. La forma particular de la relación con el psicoanalista, con sus regularidades, disposiciones del espacio físico y su disciplinado foco en sus objetivos y metas, producía una constelación particular. Las dificultades de la relación original eran recreadas y reescenificadas⁶ en la sala de consulta: Freud llamó a esto *neurosis de transferencia*. Sin embargo, esto no era un ejercicio arcaico en el que se crea un mundo falso en beneficio propio. Lo que se volvió evidente fue que estos mismos procesos que operan en sus relaciones cotidianas contribuyen significativamente a la formación de los síntomas que habían llevado al paciente a buscar ayuda. Estos estaban conduciendo a angustia y disfuncionalidad.

La realización de la existencia de la transferencia, su reconocimiento con el paciente y la identificación de sus efectos en la vida cotidiana se transformaron en un componente fundamental del trabajo del analista con y para el paciente. La yuxtaposición de las relaciones históricas, actuales y terapéuticas, con todos sus giros, se convirtió en el medio para ayudar a los pacientes a estar menos restringidos por el impacto adverso de las confusiones, miedos y deseos subyacentes que traen a sus relaciones. Malan (1979) rescató esto más tarde en su "Dos triángulos".

A través del respeto por la intensidad y la inmediatez de la experiencia que el paciente tenía del analista, y al mismo tiempo, aceptando la esencial prescindibilidad del analista en su vida cotidiana, el analista podría proveer una oportunidad para que los problemas pudieran

6 En inglés *re-enacted*. [N. del T.]

*elaborarse en la transferencia.*⁷ Lo que además se volvió evidente fue que el foco del proceso terapéutico podría llevar a una intensidad de la experiencia en el paciente que no podría ser contenida en la consulta. Esta se desbordaba hacia sus relaciones cotidianas, por ejemplo, ocasionando una aparentemente inapropiada o incomprensible reacción hacia algo o alguien. Este es el origen de la expresión *acting out*, la cual originalmente significaba la escenificación⁸ de cuestiones de la transferencia fuera de la consulta. Posteriormente se comenzó a usar en círculos más amplios y ha sido mal utilizada para referirse simplemente a un comportamiento malo o no deseado.

Aplicaciones más amplias de las ideas del psicoanálisis hicieron evidente que los procesos de transferencia se manifiestan en relaciones personales y profesionales más extensas, fuera de la consulta psicoanalítica. Estos ocurren en los contextos psiquiátricos en general, con clínicos y otros profesionales.

Ejemplo clínico 1.1

La Sra. J consulta por el manejo de una crisis luego de que su hijo intentó suicidarse. En un principio, ella se mostró defensiva y agitada, dando una impresión de hostilidad. Sin embargo, a medida en que la consulta fue progresando, ella comenzó a verse más cómoda y la sesión se desarrolló en el sentido de una cooperación destinada al bienestar de su hijo. Como parte de la evaluación de rutina ella entregó una detallada descripción de sus experiencias de abuso por parte de sus padres y otros adultos. También me dijo que estaba preocupada por el hecho de que sería criticada ahora por lo que estaba sucediendo con su hijo.

Su hijo se quedó en el pabellón durante el fin de semana y yo arreglé que nos viéramos tres días más tarde. Cuando regresé, la Sra. J se mostraba de nuevo hostil e "irritable". Me pareció que volvía a ser una amenaza para ella. Pensé que

7 En inglés *worked through in the transference*. [N. del T.]

8 En inglés *enactment*. [N. del T.]

probablemente ella había experimentado mi ausencia durante el fin de semana como una falla en su cuidado y protección y que esto estaba resonando con sus experiencias de abuso infantiles. De la misma manera en que ella tuvo que depender de sus padres, tratando de confiar en que ellos podrían comportarse en su mejor interés, lo había intentado de nuevo conmigo y yo me ausenté cuando ella lo necesitaba.

Usualmente, habría reservado la interpretación de un proceso de transferencia aguda como éste para la situación de un paciente ya en psicoterapia. Sin embargo, la intensidad de su reacción, y el potencial que esta tenía de socavar severamente el cuidado de su hijo, me hicieron tomar la decisión de responder interpretando lo que pensaba que estaba sucediendo.

Le dije a la Sra. J que consideraba que algo había cambiado dramáticamente en sus sentimientos hacia mí; el viernes me había encontrado un apoyo, pero que ahora ella sentía lo contrario. Le dije que pensaba que ella nuevamente esperaba ser tratada mal por mí, tal como había sido tratada por otras personas cuando era una niña. Le expliqué que pensaba que estas cosas se habían entremezclado y que ella me estaba confundiendo con las personas por las que había sido abusada. A pesar de que no hubo más discusión en relación a esto de manera específica, su comportamiento cambió y pudimos volver a las necesidades de su hijo.

Los procesos de transferencia pueden ser conceptualizados como una de las formas de ilusión inherentes a la condición humana. Los malos entendidos que constituyen la transferencia pueden no obstaculizar los esfuerzos de vivir una vida razonable, pero, si lo hacen, una variedad de problemas podrían surgir para el individuo en particular y quizás para otros. La desilusión podría ayudar a las personas a establecer y reestablecer una mejor base para sus relaciones. Esto puede llevar consigo la sensación de pérdida y tristeza, que se transmite por el uso cotidiano de la palabra, además de liberarse de las cargas de la frustración, la expectativa y la demanda. Es útil pensar en esto como un proceso dual de desilusión y de separación de estas emociones, así se libera del poder de su embrujo.

Contratransferencia

Freud (Freud, S. 1927: 517) enfatizó la importancia central de que los analistas sean conscientes de la transferencia y de tomarla completamente en cuenta en sus respuestas profesionales: “la transferencia es un instrumento peligroso en las manos de un doctor inconsciente”. Es un proceso complejo y demandante.

Existe una inevitable paradoja en el trabajo psicoanalítico al usar la comprensión de la transferencia. Los pacientes evocan en el analista pensamientos y sentimientos que no pueden ser otros que sus propias experiencias, sin importar lo familiares, desconocidos, inesperados o ajenos que éstos puedan sentirse. El analista debe ser capaz de aceptarlos como suyos propios, permitiendo lo que puede significar sobre sí mismo. También debe ser capaz de considerarlos *impersonalmente*, como algo que pudo haber sido evocado en cualquier analista simplemente por ser el analista de ese paciente en particular, en ese momento de su vida y en esa etapa del tratamiento. Esta es la *contratransferencia*. Puede haber sido experienciada en el trabajo con niños y adolescentes, aún cuando ellos están todavía en la inmediatez de la formación y transformación de las relaciones que serán identificadas en el trabajo psicoanalítico con adultos.

El psicoanalista debe ser también capaz de ocupar dos posiciones, considerando tanto lo que él trae a la situación y lo que su paciente trae. Lo anterior requiere el desarrollo y mantenimiento de una particular forma de práctica reflexiva (ver e. g. Mann et al. 2007: 595-621) para reconocer los patrones de relación y reacción que son característicos de él. Estos pueden surgir debido a su propia vida anterior, o quizás a problemas, preocupaciones e intereses actuales particulares. Pueden ser respuestas o cuestiones generales que surgen en profesionales particulares, con tipos particulares de pacientes. Puede que no sea siempre posible tener y mantener ambas posiciones de manera simultánea. La consecuencia puede ser el equivalente de un “*acting out* [en la transferencia]” o “*acting out* de la contratransferencia”.

Se necesita la misma disciplina en la aplicación de las ideas psicoanalíticas en diferentes encuadres.

Ejemplo clínico 1.2

La Sra. T estaba asistiendo a la clínica con su hija pequeña, Lisa, por problemas en su relación. Después de unas pocas sesiones, ella comenzó a contarme acerca de sus propios y graves problemas durante su adolescencia, que terminaron en una internación psiquiátrica. Ella describió sus batallas con el equipo médico y sus padres. Me dijo que sus padres habían mentido al equipo médico en ocasiones. Cuando protestaba al respecto nunca se le creyó, estas eran vistas como evidencias de su trastorno.

Yo tenía un especial interés en las dificultades de la adolescencia de la Sra. T y el efecto posterior que tuvo en la crianza de su hija. A medida en que la terapia Madre-Infante se fue estableciendo más robustamente, le pregunté a la Sra. T si le importaba que mirara su ficha psiquiátrica. Ella accedió sin dudar, pero inmediatamente sentí y pensé que había cometido un error. El requerimiento había venido por mi propio interés. A pesar de que había reflexionado considerablemente acerca de esto, no estaba dirigido por una decisión apropiadamente razonada de que esto sería beneficioso para Lisa y su madre. Reflexionando, me di cuenta de que al obtener y leer las notas podría levantar de nuevo el problema de a quién creer ¿a la Sra. T o al equipo médico? Yo estaba recreando una situación y una dinámica de sus relaciones pasadas con profesionales.

No obtuve las notas. Cuando la siguiente vez que la vi, le dije que no había solicitado las notas porque pensé que habría cometido un error al pedir las. Me disculpé y le expliqué por qué pensé que había estado equivocado. La Sra. T me dijo que aunque se había sentido libre en darme el consentimiento, se había encontrado a sí misma extremadamente ansiosa viniendo a la sesión. Ella estaba preocupada de que quizás yo podría haber visto las notas y haber cambiado mi opinión sobre ella. Discutimos esto más a fondo antes de reestablecer el foco en la relación entre ella y Lisa.

En el primer ejemplo clínico, la habilidad para articular el proceso transferencial *con autoridad, pero sin ser autoritario*, fue decisivo para reestablecer la relación terapéutica. La Sra. T (cuya historia será revisada en mayor detalle en el capítulo 4) requería algo similar. Dado que reconocí y aclaré mi error, éste no menoscabó fundamentalmente el proceso terapéutico. Para la Sra. T se convirtió en un hito el permitirle la experiencia de mí como alguien en quien confiaba para que la ayudara, que acepta sus propias limitaciones y “se da cuenta de los propios errores”, en duro contraste con sus experiencias de la niñez. Winnicott (1963a) (El proceso maduracional) comenta específicamente acerca de cómo van a haber fallas inevitables y que éstas son a veces la ruta a través de la cual los pacientes podrían encontrar las maneras para manejar mejor las cosas por sí mismos. Su observación no es un llamado a la complacencia, sino al reconocimiento de los desafíos a enfrentar y la necesidad de ser realista respecto a las propias habilidades.

Un principio fundamental de este libro es que el percatarse de la transferencia y la contratransferencia y el tomarlas en cuenta en las respuestas profesionales, hará que al menos se minimicen los daños que de otra forma podríamos hacer, y en el mejor de los casos hará mejorar significativamente nuestra utilidad.

“¿Quién está a cargo?” o “¿Qué está a cargo?”

Cuando la transferencia fue reconocida por primera vez, fue vista como una resistencia del paciente a la terapia. ¿Pero cuáles son las implicaciones de usar la palabra *resistencia*? Puede sonar como si allí hubiera una deliberada y determinada intención por parte de los pacientes de evitar el progreso en la terapia. Esto implica que el paciente simplemente quiere coartar u oponerse al analista. Si este es realmente el caso, entonces el analista necesita reconsiderar si es que hay un propósito común en la labor (esto es, en la alianza terapéutica) o reflexionar sobre si él ha malentendido o ha estado equivocado en su enfoque particular en ese momento.

Sin embargo, “resistencia” en este contexto no quiere indicar que ese voluntarismo, en el sentido que una elección libre, esté operando. La acción puede estar claramente emanando del paciente, pero no pode-

mos asumir que ellos están “deliberadamente” escogiendo un particular curso de acción o que están necesariamente conscientes de lo que están haciendo. Incluso si se dieran cuenta en ese momento particular, podrían no entender por qué, ni ser capaces de resistirse de hacerlo.

Más que la pregunta sea “¿Por qué están haciendo esto?”, tenemos que preguntar “¿Qué está haciendo que esto suceda?”. Necesitamos considerar que alguna otra parte del carácter del paciente, del cual no se dan cuenta, o al menos, sobre el cual no pueden hacerse cargo, está significativamente contribuyendo a lo que está sucediendo. Freud formuló estos conceptos en dos modelos complementarios. La posibilidad de que tanto las influencias inconscientes y conscientes sean determinantes significativos de la experiencia y de las acciones personales es descrita en su *modelo topográfico*. La idea de que, a pesar de nuestros mejores esfuerzos o intenciones, diferentes aspectos de nosotros mismos pueden estar a cargo de nuestras acciones está formulada en su *modelo estructural* (ello, yo y superyo) (Freud, S. 1933 [1932]).

La situación del tratamiento psicoanalítico es una en la cual ocurre un encuentro entre dos personas con mentes propias. Ellas tienen sus “mundos internos” y pueden influenciar la experiencia de la otra a través de sus mundos interpersonales. Las formas en que estos procesos se manifiestan pueden ser sutiles e incluso insidiosas. El impacto del paciente en el profesional depende de ambos, paciente y profesional. El psicoanalista debe ser capaz de calibrar qué está sucediendo dentro de él o ella con el fin de decidir qué es lo que esto le dice acerca de sí mismo y qué es lo que le dice acerca del paciente. Para saber qué información es clínicamente útil y utilizable, la calibración es tan requerida como cualquier otra herramienta clínica. Tanto si se hace de manera explícita o implícita, el uso de la experiencia personal en la práctica profesional necesita ser hecho con gran cuidado y prudencia. Los mecanismos más habituales a través de los cuales la formación y la experiencia profesional pueden hacer esto posible, no son suficientes para la práctica psicoanalítica. Por esta razón, el psicoanálisis personal, siendo uno mismo el paciente, es un requisito para la formación del psicoanalista y para las formaciones psicoterapéuticas menos intensivas que se derivan del psicoanálisis.

Mecanismos de defensa y la ansiedad

No son sólo los psicoanalistas y los psicoterapeutas quienes son presa de las experiencias de contratransferencia. El tema de este libro es que el impacto del paciente en el profesional es un factor clave a ser entendido y manejado si es que los profesionales de la salud y de la enfermedad han de hacer un uso óptimo. Hacer uso de los sentimientos evocados puede proveer valiosa información en la clarificación del diagnóstico y formulación de planes comprensivos para el cuidado del paciente. Es también imperativo hacerlo si vamos a disminuir la probabilidad de errores, algunos de los cuales podrían tener graves consecuencias. Simplemente por ofrecerse a uno mismo en un rol profesional, uno puede ser receptor de experiencias muy poderosas evocadas por los pacientes.

Ejemplo clínico 1.3

Yo estaba en el Juzgado de Familia para declarar en un caso en el cual se presumía un abuso sexual. No habían querrelas criminales pero se presumía que el padre del niño había abusado de éste. El padre estaba solicitando tener contacto con su hijo, quien vivía con su madre. La madre y el niño no querían tener contacto.

Cada una de las partes estaba representada por abogados con experiencia en este campo. Ellos se acercaron a mí para pedirme un poco de ayuda adicional. Me dijeron que había cierta cualidad acerca del padre que todos ellos habían experimentado y que no podían entender. Había algo perturbador y profundamente inquietante acerca de él, aún cuando no se habían sentido físicamente amenazados por él. Me solicitaron si yo podría estar en el Juzgado mientras el padre declaraba para ver si podría ayudarlos a darle un sentido a esto y asegurar que no hubiera afectado adversamente el proceso judicial. Su declaración fue escuchada justo antes que la mía.

Mientras escuchaba su interrogatorio y contrainterrogatorio, me encontré a mí mismo sintiéndome más y más incómodo y agitado. El contenido de lo que estaba siendo ex-

puesto incluía asuntos relacionados al presunto abuso infantil que eran de un tipo extremadamente desagradable. El padre negó que hubiera hecho algo malo. Él descartó que hubiera alguna base para las acusaciones, manifestando que las otras personas deben tener sus propias razones para presentarlo a él en una mala situación. Fue tan lejos como para decir que los procesos judiciales presentaban incompetencias profesionales, incluyendo al juez. Él hizo esto aparentemente sin entender que la manera en cómo se estaba comportando no le iba a ser de ayuda en su caso.

Consciente de la solicitud de los abogados, reflexioné acerca de lo que me estaba pasando al observar el proceso judicial. El contenido de lo que se estaba diciendo era desagradable. Lo que el niño involucrado había vivido era repugnante. Sin embargo, yo estaba acostumbrado a escuchar acerca de este tipo de cosas y las sensaciones que estaba sintiendo esta vez no eran como las que estas usualmente se evocan en mí. Yo estaba pronto a subir al estrado. Esto siempre me provoca un alza en mi angustia, pero las sensaciones que estaba teniendo no calzaban precisamente en el patrón usual. Mientras que la contrainterrogación continuaba dejé que otras posibilidades vinieran a mi mente. Me encontré pensando "Si él [el padre] se sintiera como yo acerca de lo que él estaba diciendo y acerca de cómo se estaba comportando, se callaría". También pensé que lo que yo estaba experimentando calzaba con lo que los abogados habían descrito.

Discutiendo con los abogados más tarde, les expliqué que lo que yo creía que estaba sucediendo era un proceso llamado identificación proyectiva.

La identificación proyectiva es propuesta como un mecanismo de defensa inconsciente a través del cual fundamentalmente se manejan las experiencias que amenazan el funcionamiento psíquico y el sentido de existencia de una persona. Las experiencias internas amenazadoras son separadas del resto de la experiencia de la persona, rechazadas y

“desapropiadas”.⁹ Estas son eyectadas al mundo externo de relaciones, esto es, proyectadas y vividas como si residieran en otra persona. La amenaza es entonces identificada como si viniera de esa otra persona. Como parte de este proceso, las experiencias son provocadas en el sujeto recipiente. El impacto de esto puede provocar una acción, a veces de una manera no característica.

La identificación proyectiva necesita ser considerada cuando se siente como si algo hubiera transgredido o se hubiera hecho una intrusión en nuestro sentido de integridad personal, esto de forma profunda y sin poder dar fácilmente una explicación acerca de por qué esto ha sucedido. La expresión “no sé qué se metió dentro de mí” indica la cualidad de profunda alienación de algo que ha vulnerado la integridad propia. Mi explicación de esto a los abogados les dio sentido a sus experiencias y les ayudó en la situación.

La identificación proyectiva ha sido formulada como un proceso primitivo, presente o incipiente al comienzo de la vida. Holmes (2011b: 364) la describe de este modo:

Los psiquiatras usan sus sentimientos para empatizar con sus pacientes. Pero a veces el amor, odio, miedo, rabia y horror los sobrepasa, llevando a malas decisiones [...] Los bebés expulsan los sentimientos difíciles en una “madre mala”, quien entonces “desintoxica” lo que el bebé no puede tolerar. Pero a veces, especialmente con un cuidador no-responsivo, la identificación proyectiva representa el único medio para la comunicación afectiva [...] La consciencia de la identificación proyectiva contrarresta la escisión y el traspaso de límites, ayudando a los psiquiatras a ver sus sentimientos contratransferenciales como manifestaciones del mundo interior del paciente.

9 En inglés “*disowned*”. Hemos seguido el criterio utilizado en la traducción de la palabra inglesa utilizada por Winnicott en la versión castellana de la “Defensa maníaca” (OCW 1:4:6). [N. del T.]

Existe un debate acerca del grado en que el término contratransferencia debería ser usado para incluir fenómenos que se explican mejor mediante la identificación proyectiva. A pesar de que ambos incluyen procesos proyectivos (inconscientes), las descripciones originales de la contratransferencia involucran procesos que pertenecen a etapas más tardías del desarrollo, así como la potencial persistencia de procesos más primitivos. Para el propósito de este libro, voy a usar contratransferencia para indicar las cuestiones generales que surgen del impacto del paciente sobre el profesional a través procesos inconscientes. Sin embargo, acepto que la distinción se vuelve más importante en el discurso acerca de las modalidades más intensas de tratamiento psicoanalítico y en discusiones teóricas más finas.

La identificación proyectiva tiene una particular significancia en cuanto formula un proceso por medio del cual un cierto sentido de ser capaz de manejo pueda ser mantenido a través del convertir algo que es "yo" en "no-yo". Esto podría incluso evocar o provocar una respuesta en esa otra persona, lo que podría aparecer para un observador como una forma de justificar dicha atribución.

Ejemplo clínico 1. 4

La agresividad de Dwayne en la escuela era inusual. Los profesores decían que él estaba atacando a niños que eran más grandes que él, y luego se quejaba de que estaba siendo intimidado por ellos. Los adultos no pudieron encontrar evidencia de que estuviera siendo intimidado.

Durante la sesión diagnóstica desentrañé lo siguiente. A él le asustaban estos chicos grandes incluso antes de que ellos le hubieran efectivamente (objetivamente) hecho algo. Sin embargo, su temor hacia ellos significaba que, en su interior su experiencia era que ya había sido atacado por ellos. Esto a causa del miedo que sentía dentro. Mi visión por lo tanto era que, desde su punto de vista, sus ataques

aparentemente no provocados eran en represalia por el ataque que sentía simplemente por estar en el mismo lugar que ellos.¹⁰

Un corolario de este mecanismo es que puede funcionar solamente manteniendo la ilusión respecto a la cualidad o aspecto particular y este es que “tú no lo tienes dentro de ti”. En el caso de Dwayne, esto puede significar que él no podía contemplar que en él estaba la fuente original del deseo de atacar a alguien, en efecto, a cualquiera. Esto hacía más fácil estar a la altura de la imagen ideal de él mismo. Pero el proceso tomó un trozo de su propia vida, dejándolo con relaciones pobres con sus pares, quedando como el recipiente de los golpes de sus compañeros.

Así es como la proyección de los aspectos involucrados podrían ser considerados como socialmente indeseables, se postula que también pueden ser proyectados aspectos del *self* que podrían mejorar el funcionamiento y podrían de esta forma ser vistos generalmente como útiles, o incluso virtuosos (ver e.g. Hinshelwood 1989). Por consiguiente, recursos que podrían ser útiles para el funcionamiento y desarrollo ya no están disponibles. Adicionalmente, mecanismos como estos requieren trabajo psicológico, aunque sea inconsciente. Tomados juntos, los efectos primarios y secundarios de los mecanismos proyectivos representan una significativa “carga de trabajo” psicológico.

Un mensaje clave aquí es que el depender de mecanismos de defensa primitivos puede efectivamente robarle a una persona aspectos útiles de sí misma. Si estos persisten como los principales factores del funcionamiento psicológico, estos pueden producir distorsiones más graves tal como es descrito en el “Ejemplo clínico 1. 4”. Estos pueden además interferir con la capacidad de tolerar y recibir la atención de salud básica.

Ejemplo clínico 1. 5

Julian nació con severas malformaciones en su área genital y anal. Se había sometido a numerosos procedimientos quirúr-

10 El tratamiento de Dwayne es descrito por Sutton (2001b). VER LIBRO.

gicos y ha asistido regularmente a consulta. Julian siempre ha encontrado las consultas con sus cirujanos difíciles, pero se sintió sobrepasado cuando fue transferido a un nuevo cirujano, el Sr. William.

Julian tenía vastas dificultades conductuales y emocionales y estaba recibiendo psicoterapia. En el curso de las sesiones de su tratamiento, comencé a entender varios de sus miedos, pero me tomó bastante más tiempo darme cuenta que un problema serio podría estar surgiendo simplemente del nombre del cirujano. Cuando me di cuenta de esta posibilidad, le dije a Julian que pensaba que él estaba asustado por el hecho de que el nombre del cirujano incluyera el sonido "Willy". Le pregunté si este era el caso y él confirmó que así era.

Los miedos en torno a los genitales y su propia furia por lo que había tenido que pasar, había sido "traducida" en una atribución de cualidades asesinas al cirujano quien era en realidad un hombre con modales muy gentiles y considerados. Julian posteriormente fue capaz de reconocer esto y tolerar ser tratado por él. Su terapia le ayudó a dejar atrás sus asociaciones conscientes al nombre, así como las atribuciones que vinieron con ellas y pudo dirigirse hacia los aspectos previamente desconocidos (o quizás "no-propios") de sí mismo los que a través de la proyección habían convertido al Dr. William en un asesino.

Lucha o huida

La identificación proyectiva es parte de un grupo de fenómenos llamados *mecanismos de defensa*, los cuales vienen a operar cuando hay una sensación de amenaza. La expresión común "lucha o huida" captura los dos extremos de una gama de respuestas activas frente al peligro externo, que también incluye concomitantes fisiológicas, por ejemplo, el incremento del ritmo cardíaco que puede ayudar a prepararse para la acción. Los estados de ansiedad pueden surgir en ausencia de alguna amenaza desde el mundo externo y sin que haya ninguna enfermedad fisiológica identificable que pueda producir los mismos síntomas.

Freud propuso un modelo en el cual había una vigilancia continua proveyendo un monitoreo automático del estado interno. Esto no involucraba el percatamiento consciente. Propuso que los procesos internos pueden causar una sensación de amenaza al alcanzar un umbral más allá del cual podría haber una disrupción mayor del funcionamiento. En estos umbrales, los mecanismos entran en juego para prevenir la experiencia consciente de ansiedad y cualquier disrupción inmediata. Estos mecanismos psicodinámicos de defensa hacen uso de otros recursos de la configuración psicológica de la persona para mantener el sentido de adecuación e integridad. Ellos también “desvían” a la persona hacia otros modos de funcionamiento o de relacionarse que podrían o no ayudarla en la situación general inmediata.

En el caso de los pacientes de Freud que tenían “síntomas histéricos” (ahora referidos como *trastornos disociativos* [*conversivos*] [Organización Mundial de la Salud, 2007]), ellos perdían el uso de ciertas funciones físicas, por ejemplo, movimientos de las extremidades, incluso cuando era posible demostrar clínicamente que las partes anatómicas y fisiológicas constitutivas para hacer posible el funcionamiento estaban todas presentes y sanas. Un evento en el mundo externo no tiene que ser un peligro “objetivo” ni necesita aparecer expresamente peligroso para la persona preocupada por éste, para constituir una amenaza y movilizar procesos defensivos. Freud pensó que podría explicar los síntomas a través de la existencia de un estado particular en el cual los deseos, demandas e impulsos entran en conflicto. Tal como ya se explicó, estos mecanismos necesariamente podrían no conducir hacia lo que pudiera ser una salida segura a la realidad y podrían incluso llevar a otros problemas, por ejemplo, la parálisis de una parte del cuerpo crea sus propios peligros. La “adecuación a fines” de los mecanismos de defensa, en el sentido en que no se evalúa por su aparente uso en ayudar a las personas en sus actividades de cada día, si no que más bien por el valor en ubicar a la persona en una posición en la que hay un estado interno que es manejable para los recursos psicológicos de la persona.

Freud vio que el factor decisivo en el proceso de formación de los mecanismos de defensa era la *señal de angustia* subsecuentemente

llamada *angustia señal* (Ver Yorke et al. 1989: 1-19). El término puede ser confuso, cuando uno considera el funcionamiento de los mecanismos de defensa con el objeto de detener la experiencia de la ansiedad. La diferenciación que él hizo fue que el gatillo inconsciente activado por un monitoreo inconsciente dirigía las actividades en un intento de alcanzar un estado de relativo equilibrio, *excluyendo* cualquier experiencia consciente de ansiedad.

conflicto interno → angustia señal → acción de los mecanismos de defensa → equilibrio interno restaurado

La pérdida de la función motora, surge porque el deseo de actuar de cierta forma estaba en conflicto con el deseo de no actuar de esa manera: la actividad manifiesta contiene elementos que expresan el deseo de realizar ambas, con el resultado de la inactividad. Esto proveía un estado de relativa ecuanimidad.

Un simple estado “binario” de conflicto es probable que sea poco común. El modelo necesita ser elaborado para que incluya los procesos de la vida mental donde puede haber un mayor número de apremiantes o fuerzas en conflicto, o demandas que empujan y tiran en diferentes direcciones. A pesar de que estas pueden no estar en directa oposición, aún así pueden crear estados de una turbulencia subyacente. La turbulencia en el mundo interno podría alcanzar una intensidad que cause una disrupción y gatille la “angustia señal”. Reconocer los patrones como *emergentes* nos sitúa en una mejor posición para apreciar que ellos ocurren sin una intención consciente y deliberada o incluso sin algún razonamiento inteligente. Los eventos subsecuentes dentro y alrededor de la persona en cuestión, pueden hacer más o menos probable que las manifestaciones persistan y produzcan efectos en cascada, cualesquiera que sean los deseos o temores expresados por cualquiera de las partes.

Desarrollo y las psicodinámicas

Diferentes mecanismos de defensa y diferentes momentos

Los mecanismos de defensas adoptan diferentes formas por razones del desarrollo o por razones dinámicas.

Factores del desarrollo

A los mecanismos proyectivos se les da diferente énfasis en las diferentes escuelas de psicoanálisis. Sin embargo, son considerados como mecanismos que operan desde muy temprano en la vida, quizás incluso desde el comienzo. Estos son procesos primitivos/primarios, esto es, no derivan de otros mecanismos de defensa. El desarrollo neurológico y psicológico trae consigo cambios cognitivos y emocionales, los cuales, en conjunto con el desarrollo motor, otorgan diferentes posibilidades para las formas en las que los estímulos internos y externos pueden ser percibidos, procesados y respondidos. Este proceso de maduración da origen a la posibilidad de diferentes mecanismos de defensa. Un mecanismo "más maduro" es uno que evidencia crecientes habilidades cognitivas. Este permite que las respuestas estén basadas en una apreciación más sofisticada del mundo externo. El resultado neto es la habilidad de abarcar más experiencias sin una interrupción mayor en la vida emocional o en el desarrollo, mientras que simultáneamente se adapta a las demandas del entorno emocional y social.

Anna Freud (1936) comenzó la secuencia temporal de la emergencia de los diferentes mecanismos y la sumersión de aquellos que son primitivos, menos sofisticados o menos útiles. Su modelo describe rangos de edad en los cuales determinados mecanismos de defensa podrían predominar y como también se espera que estos se vuelvan menos dominantes y subsecuentemente menos evidentes. Holder (1995: 324-46) provee un resumen acerca de cómo esto se desarrollaba para contribuir junto a otros componentes de la entrevista clínica, así como del proceso terapéutico. Edgcumbe (2000) provee una reseña más exhaustiva. Su aplicación clínica aparecerá a lo largo de su libro.

Las crecientes habilidades cognitivas y físicas no son suficientes por sí mismas para que ocurran procesos más sofisticados. Aspectos del desarrollo emocional podrían quedar "trancados". Este proceso de *fijación* puede causar dificultades por su efecto directo en la producción de una incompatibilidad entre las demandas externas puestas en el niño en el curso de un desarrollo común y esperable, y su habilidad para responder. Las fijaciones pueden también causar dificultades ya que pueden crear un desequilibrio dentro del niño entre aquellas partes que están progresando más libremente y la parte o las partes que están detenidas. Incluso en la ausencia de cambios externos estresantes, la creciente separación de los diferentes componentes internos puede causar su propio estrés y llevar a problemas evidentes.

Lo que ha sido descrito hasta ahora es un modelo que anticipa los cambios progresivos dentro de un lapso de tiempo particular. Para aquellos niños que tienen reconocibles dificultades generalizadas del aprendizaje, no se puede esperar la misma cronología. Dado también que el desarrollo físico puede progresar a la misma o incluso a una mayor velocidad, no puede asumirse que los patrones y procesos serán los mismos que para los niños dentro del rango más usual. Sinason (1992) describe algunas de las consideraciones, teóricas y clínicas, específicas para estos niños.

Las fijaciones podrían ser superadas, por ejemplo, a través de terapia específica o con adaptaciones del ambiente. Sin embargo, no puede asumirse que retornar a una trayectoria de desarrollo común sea posible para todos los niños. En algunos casos, ocurre una *forclusión en el desarrollo* (Laufer y Laufer 1984: 181). Esta es una situación en la que la forma particular de fijación se alía con la ausencia de estructuras que puedan mantener un grado suficiente de resiliencia y maleabilidad para que el cambio ocurra. Esa área del desarrollo se vuelve una calle sin salida. La tarea es la de ayudar al desarrollo óptimo a través del reconocimiento de las fortalezas y debilidades de una persona en conjunto con el promover la adaptación personal y del ambiente, para minimizar potenciales efectos secundarios adversos (ver capítulo 6).

Factores dinámicos

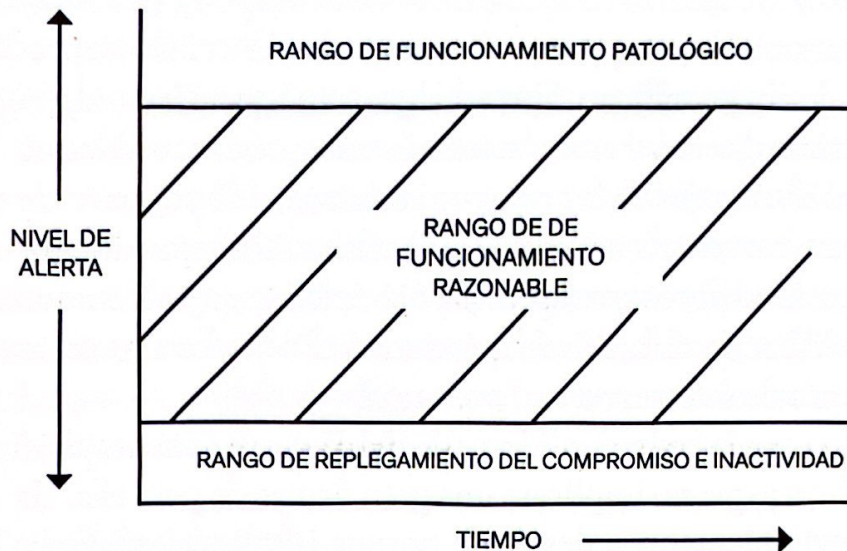
A pesar de que la expectativa es la de una trayectoria reconocible como progresiva, cuando es vista en toda su extensión, el modelo psicoanalítico reconoce que puede haber un movimiento en la otra dirección, esto es, una *regresión*. La regresión, en un rango común, es parte del desarrollo y en ocasiones, puede ser una parte de un proceso a través del cual es posible “ponerse al día” entre los desbalances del desarrollo. Puede ocurrir de manera aguda o en formas más prolongadas, pero con la posibilidad de recuperar niveles previos de funcionamiento. Se vuelve clínicamente significativa cuando es persistente y/o se vuelve un problema para el mismo niño o para sus cuidadores. En términos de la significancia del diagnóstico puede ser complicado diferenciar quién tiene el problema.

La forma particular del encuadre del tratamiento psicoanalítico provee oportunidades en las que las alteraciones en estados de funcionamiento pueden ser observadas, examinadas y su capacidad de dar respuesta tanto a las influencias internas como a las externas puede ser monitoreada. Meltzer (1967) describió dos aspectos de la tarea psicoanalítica, la *modulación* y la *modificación*. La modificación se refiere al proceso de alteraciones beneficiosas y perdurables en el mundo interno del paciente: en última instancia, esto ocurre a través de la alianza entre el analista y el paciente en la exploración e interpretación de la vida mental del paciente. En ocasiones, en el curso del tratamiento, la mutua exploración e interpretación no es posible. Una variedad de factores, psicológicos y físicos, pueden determinar esto. Los aspectos físicos serán considerados en el capítulo 2. Cuando los factores predominantes son los psicológicos, la tarea del psicoanalista es responder de maneras que puedan modular el nivel de agitación para minimizar o evitar cualquier trauma asociado para el paciente, con el objetivo de ayudarles a regresar a un rango en el que los procesos de modificación sean posibles.

El proceso analítico requiere que la actividad mental del paciente esté sobre un umbral mínimo. Un paciente dormido o inconsciente no puede comprometerse. Sobre un cierto nivel de alerta los cambios en el funcionamiento mental pueden también causar alteraciones

que hacen imposible el compromiso en el proceso terapéutico. Esto puede ser representado gráficamente (ver Figura 1).

Figura 1



El ejemplo clínico 1.1 ilustra la aplicación de este principio. Las ansiedades de la Sra. J llevaron a que su nivel de alerta se alzara a un punto donde la forma de relación que ella tenía conmigo retrocediera. Yo respondí a esto con una interpretación que le permitió recobrar su nivel previo de funcionamiento. El siguiente ejemplo clínico ilustra su uso en la psicoterapia de una niña de diez años de edad.

Ejemplo clínico 1.6

Kerry tenía complejas dificultades relacionales, en conjunto con dificultades de aprendizaje y una seria discapacidad visual. En las sesiones de psicoterapia, ella podía cambiar desde ser impulsiva, desinhibida y agresiva a estar decididamente comprometida conmigo como alguien en quien ella confiaba o a veces fastidiaba. Una manifestación de esto es que ella a veces era inquisitiva e interesada en mis comentarios o preguntas, pero en otras ocasiones era arrogante y despectiva respecto de cualquier cosa que yo pudiera decir o hacer. En ocasiones

más extremas, ella podía ser intimidante, amenazante o incluso violenta hacia mí.

En una ocasión, ella insistió en que yo no debería hablar. Antes, esto había llevado a que me golpeará y me hiciera daño, pero en esta sesión había una cualidad traviesa y juguetona en ella.

Mientras observaba lo que estaba haciendo, pensé que había importantes vínculos que se podía hacer sobre los miedos subyacentes, deseos y conflictos. Sin embargo, pensé que si hacía algún comentario directamente relacionado con esto, era posible que evocara en el mejor de los casos un rechazo inútil por parte de ella que tal vez terminara en un ataque físico. Ninguno de estos iba a ayudar al proceso terapéutico. Sin embargo, consideré que podría haber un real valor terapéutico en el articular algo sobre el proceso de su actuar en mi presencia.

Sentí que la respuesta necesaria debía ser de un complejo equilibrio y que no implicara una gran demanda para ella. Yo iba inevitablemente a desafiarla porque implicaba reivindicar mi autonomía por el hecho de hablar, y esto significaría para ella enfrentarse con la pérdida de su omnipotencia. Los mecanismos primitivos que operaban en ella señalaban que podía experimentar con demasiada facilidad la falta de omnipotencia como una impotencia total. Su defensa usual frente a esto era engendrar una sensación de impotencia en otros a través de la identificación proyectiva. Sin embargo, el hecho de que en ocasiones ella fuera inquisitiva indicaba un interés en descubrir sobre las cosas. Esto, implícitamente, demostraba una capacidad para tolerar el no ser omnisciente ni omnipotente, así como una frágil habilidad para tolerar el descubrir.

Decidí decirle simplemente "No pienso que vayas a querer saber lo que yo estoy pensando".

Kerry fue capaz de tolerar mi comentario. Se rio y se involucró en pensar sobre qué me habrá hecho pensar con su conducta.

Kerry y yo estuvimos operando en el límite. Por un lado, podría ser fácilmente llevada a un estado de gran excitación en el cual ninguna actividad terapéuticamente útil podría ocurrir, y que podría producir

efectos adversos. Por otra parte, existía una posibilidad de que fuera capaz de tolerar la expresión de mi autonomía comprometiéndose simultáneamente con su inquisitividad. Pensé que ella tenía un *conflicto interno*, entre el pensar que ella podía ser omnipotente/omnisciente y el disfrutar el proceso de descubrir más acerca de estas cosas. Mi respuesta fue pensada de manera tal que no demandara una respuesta en ella y así buscar el intentar vincularme con su parte juguetona y traviesa, que evidentemente estaba ese día.

En esta situación, yo estaba consciente de los logros del desarrollo que Kerry había hecho y las oportunidades que allí había para un progreso de desarrollo más extenso. Simultáneamente, yo estaba consciente de que su habilidad para mantener su funcionamiento en sus niveles más desarrollados era endeble. Esta falta de resiliencia significaba que ella podría rápidamente retornar a modelos más primitivos de funcionamiento, incluyendo aquellos exclusivamente físicos.

El perfil de desarrollo

Era evidente que, cuando Kerry funcionaba en su mejor forma, aún así no estaba dentro del rango usual para su edad cronológica. Adicionalmente, su habilidad para mantener sus niveles mejores de funcionamiento era limitada. Una evaluación exhaustiva involucró obtener un informe completo de todos los aspectos de su comportamiento social, emocional, su desarrollo cognitivo, su situación social y educativa.

Anna Freud (1965) describió un enfoque comprehensivo de la evaluación, desarrollado más a fondo en el trabajo del Anna Freud Centre y formalizado en el *Perfil diagnóstico*, que también es conocido como *Perfil de desarrollo*. Este usa información de las entrevistas clínicas con los niños y sus cuidadores, información de la observación y otra relacionada con el desarrollo cognitivo y la salud física. Esto provee un “panorama” del desarrollo del niño respecto de su habilidad, incapacidad o discapacidad, potencial vulnerabilidad, y un sentido del balance entre los distintos factores de su mundo interno. Este utiliza también los informes de la historia de su desarrollo.

El modelo psicoanalítico conceptualiza la mente como un sistema con diferentes componentes que empujan algunos a la acción y otros

a la inhibición de la acción. Algunos aparentan ser gobernados por “leyes” que uno podría pensar como lógicas, y otros por procesos que desafían la realidad, pero que parecen tener su propia consistencia interna. La sobrevivencia depende de que se consiga un balance, de modo que estos procesos internos operen en conjunción con las adaptaciones, que son necesarias para estar involucrado con la realidad del mundo externo. La urgencia de llevarse algo a la boca necesita un contrapeso que diga “No”. Inicialmente, hay una dependencia absoluta del cuidado de otra persona para que sea este contrapeso, un “No” que permita la seguridad, y que gradualmente le permita funcionar más independientemente y asumir una mayor responsabilidad personal. Así como una buena coordinación muscular requiere grupos de músculos que, si actuaran independientemente, estarían simplemente en oposición los unos con los otros; la psiquis también requiere de un mecanismo que coordine y logre un movimiento funcional e incluso, elegante. El desarrollo óptimo depende del balance entre el impulso y su inhibición llegando a modularse y ser bien-elaborados. Esto involucra un proceso de discriminación entre qué es esencial y qué es meramente deseable y la habilidad para sacar el partido de las fuerzas involucradas, hacia un estado más allá de la acción refleja y reacción.

El modelo estructural de ello, yo y súperyo, fue desarrollado para tener en cuenta las diferentes estructuras de la mente y sus contribuciones con relación a la experiencia personal, comportamiento manifiesto y relaciones. En términos simples, el ello se concibe como un empuje hacia la acción en una forma primitiva y refleja: la demanda de ser alimentado, la demanda de tener experiencias placenteras más que de tener experiencias displacenteras. El súperyo actúa para inhibir tales acciones. Ambas pueden ser vividas personalmente como actuando con una fuerza irresistible. El yo es aquella parte de la mente que tiene que manejar el conflicto entre éstas mientras, simultáneamente, continúa el proceso de estar en un mundo de estímulos externos y de relaciones.

Leer acerca de estos diferentes aspectos puede ser complicado porque los términos se han vuelto de uso general y diferentes matices se han unido a éstos. Adicionalmente, los diferentes énfasis

en diferentes escuelas psicoanalíticas pueden generar confusión. El ello puede ser considerado como aquello que hace posible empezar a vivir fuera del útero, porque nos hace succionar, agarrarnos del pecho y ser alimentados. Sin embargo, un ello inalterado no daría lugar a una vida útil o satisfactoria. Los procesos maduracionales que resultan en la modificación de esta actividad traen diferentes experiencias mentales y “narrativas” de las experiencias dentro del bebé. La disminución y cese de “morder” al pecho puede provenir de una sensación de que esto no es necesario y de un incipiente darse cuenta que podría ser doloroso para la madre. Podría también provenir desde un camino ligado al temor del proceso y las consecuencias de éste, por ejemplo, de que podría haber una retaliación de algún tipo. Esta inhibición de la acción puede ser considerada como la primera manifestación de una conciencia, de asumir la responsabilidad por los efectos de las acciones sobre otros, y como indicativo de que el súperyo se ha formado. Sin embargo, el relativo balance que comprende articular *concernimiento*, temor y el hecho de que el impulso de morder puede simplemente disminuir, puede producir escenarios bastante diferentes y llevar a resultados muy variados.¹¹ Una absoluta prohibición de la acción es como la imposición de un tirano irracional. Por lo tanto, el “súperyo” no puede ser visto simplemente como una “buena cosa”. Este no es directamente comparable con “tener una conciencia” que indica actitudes morales positivas. La maduración debería traer consigo la probabilidad de mejores habilidades de razonamiento que serán de ayuda en [el proceso de] hacerse cargo de las “demandas” tanto del ello como del súperyo. La energía y vitalidad de esto puede luego ser encausada para apo-

11 N de T: Se toma aquí la elección de utilizar “concernimiento” para referirse conceptualmente al inglés *concern*. De acuerdo al trabajo de traducción que se realiza desde Winnicott Chile de las Obras Completas de D. W. Winnicott *concern* en Winnicott no es una “preocupación” que, si bien es precisa, apunta exclusivamente al contenido y dimensión afectiva de la persona, intrapsíquica. Con “concernimiento”, se incluye la dimensión intersubjetiva, particularmente el grado de involucramiento en la relación con el otro reconocido como sujeto. Este queda expuesto en la formulación castellana “el otro me concierne” (Winnicott OCW 1, p. 33).

yar el desarrollo del niño, logrando una satisfacción razonable de su vida y de su ambiente social. El yo es la “estructura virtual” que maneja estos procesos. Este negocia entre los estímulos y demandas tanto internos como externos, modificándolos cuando es posible, y suprimiéndolos o desviándolos si son perjudiciales; modulándolos mientras, simultáneamente, se trata de encausar su energía.

El término *fortaleza del yo* denota la mezcla de las capacidades básicas de una persona, su capacidad para abarcar el uso de estas habilidades de una manera en la que se mantenga el funcionamiento y el desarrollo, y la última, es su capacidad para recuperar un nivel/rango previo de desarrollo, si existe un trauma o pérdida temporal, funcional o relacional. Las últimas dos indican que esto no es simplemente una fuerza “bruta”. Ellas indican que la *resiliencia del yo* es un componente esencial, que indica qué tan bien una persona lidia con el cambio, que puede ser temporal o permanente, por ejemplo, ¿puede un niño lidiar con estar enfermo o con estar lejos de casa? ¿Puede un adulto lidiar con el declive de sus habilidades físicas a medida que va envejeciendo? Anna Freud resaltó la importancia de la resiliencia frente a la pérdida como parte de la condición humana. Incluso sin una pérdida “objetiva” y con las posibles ventajas que se dan con la maduración, tiene que existir, hay una pérdida de cosas deseables.

A pesar de todas las abstracciones del concepto de vida mental, el modelo psicoanalítico permanece fundamentalmente como un modelo psicosomático. El funcionamiento mental es necesariamente afectado por el estado del cuerpo. La habilidad para usar las propias capacidades va a ser adversamente afectada por influencias fisiológicas y farmacológicas, por el cansancio o la enfermedad. Los concomitantes físicos de la ansiedad pueden, ellos mismos afectar el funcionamiento psicológico.

En el curso común de las cosas, el desarrollo neurológico y psicológico supone que diferentes mecanismos psicológicos pasan a estar disponibles en los niños. En conjunción de una experiencia de cuidado que está bien sintonizada y en la ausencia de un trauma emocional significativo, los niños desarrollan maneras más sofisticadas de manejar las demandas de su mundo interno y del mundo externo de

relaciones y aprendizaje. Winnicott capturó esto en su libro *El proceso maduracional y el ambiente facilitador*. La terapia es necesaria cuando son insuficientes los procesos inherentes y el cuidado que puede ser provisto, o las demandas puestas sobre los niños agobian sus propios recursos. El objetivo de la terapia es ayudar a la persona a “encontrarse a sí misma”, esto es, su potencial de desarrollo y reconocer qué es posible o no es posible de sí misma o del mundo externo.

Imaginación, fantasía y juego

Imaginación, la capacidad para formar imágenes y conceptos mentales, puede ser expresada a través de palabras, juegos y otras actividades “creativas”. Los *ítems* y temas más fácilmente identificables de la vida imaginativa y sueños, son llamados *contenido manifiesto*. Incorporado esto, existen otras facetas y capas, algunas de las cuales pueden salir a la luz a través de la observación y discusión. Más allá de éstas, puede haber otras múltiples facetas y capas, el *contenido latente*. Este contenido latente influencia la vida mental de una persona y su comportamiento mientras permanece inconsciente, pero se hace consciente si se dispone de condiciones especiales. Las multicapas y las multifacetas son llamadas *condensación* (ver Freud, S. 1927; Laplanche y Pontalis 1988: 82-3). Es particularmente evidente en los sueños, los juegos de los niños y los pasatiempos de tanto niños como adultos. La importancia del juego y creatividad es capturada por las llamadas “actividades recreacionales”. Por ejemplo, el conflicto y la competencia pueden ser componentes esenciales. La necesidad o el querer ganar puede ser visto como una manifestación de aspectos primitivos relacionados con el patear o ser pateados, con estar quieto o en movimiento, o incluso con matar o ser asesinado.

El imaginar puede llevar a la emergencia de tópicos coherentes, por ejemplo, el fantaseo. Un cuento puede ser una narrativa singular y única. Alternativamente, los cuentos o narrativas en las historias pueden ser consistentemente repetitivos. Estos temas pueden ser característicos de una persona en particular y pueden convertirse en un asunto que organiza sus vidas. Cuando son compartidos en grupos y con la sociedad en su conjunto, los cuentos de hadas, mitos y leyendas pueden perdurar.

Buscar entender los temas organizadores inconscientes (la *fantasía inconsciente*) es un componente clave del tratamiento psicoanalítico. En esta área de la vida mental las reglas que aplican son, o bien fundamentalmente primitivas, o sólo son parcialmente modificadas por la experiencia y los procesos maduracionales usuales.

El escenario psicoanalítico es una de esas “condiciones especiales” donde las fantasías inconscientes pueden volverse conscientes. A través de una observación meticulosa y la atención, los temas y patrones son reconocidos, articulados e interpretados. Trayéndolos a la luz del día, al terreno de áreas más desarrolladas del funcionamiento del yo, su influencia en la vida de la persona se puede dimensionar, desafiar y, con suerte, y si está socavando a esta persona, dejarlo ir o modificar. Estos pueden ocupar lugares diferentes, quizás pueden ser integrados a través de la reelaboración y de la *sublimación* (ver más abajo). El monstruo bajo la cama puede convertirse en un amigo y ser visto como aterrado más que como aterrador, tan asustado como feroz, como una compleja criatura llena de deseos contradictorios y miedos o una representación externa del propio niño o niña. Más adelante en este libro, al considerar la experiencia de las sensaciones y funciones corporales, se verá como las confusiones y la complejidad de la vida somática y de la experiencia psíquica se manifiestan en el encuadre pediátrico.

Algunos escritos psicoanalíticos se ocupan sustancialmente de las fantasías inconscientes y su impacto en la vida diaria. Esto propuesto en términos de procesos primitivos (infantiles), las formulaciones pueden parecer bizarras o incomprensibles para los lectores no-psicoanalíticos, particularmente cuando se hace referencia a la vida mental de los adultos. Las combinaciones y asociaciones, los temas, causas y consecuencias de los eventos están lejos del pensamiento maduro y “lógico”. Estos pueden ocurrir en una forma particularmente “pura” en el tratamiento y en el cuidado de niños con trastornos severos.

Ejemplo clínico 1. 7

Elizabeth (11 años) había sido diagnosticada con un complejo trastorno de desarrollo que incluía comportamiento bizarro y

estaba siendo tratada en la unidad de residencia psiquiátrica. No ha sido posible establecer una hipótesis diagnóstica satisfactoria. Su tratamiento en la unidad era una combinación de cuidado terapéutico especializado, educación basada en los principios básicos del aprendizaje (funcional) y psicoterapia.

Desde hace un tiempo se sospechaba que Elizabeth tenía alucinaciones pero ella nunca había hablado de éstas. En la sesión 15, ella estaba teniendo problemas para realizar algo. Cada contratiempo era recibido con un grito estridente. Ella golpeaba su cabeza en el antepecho de la ventana y respondía con mordiscos a la madera. Le dije que ella parecía sentir que alguien le estaba haciendo cosas deliberadamente. Ella respondió: "Sí. El mocoso culiado de mierda". Este resultó ser una presencia alucinatoria que la denigraba y abusaba de ella. Pronto otros personajes aparecieron, "Vaca culiada", "Putra culiada" y más se presentaron en sus posteriores escenificaciones y juegos.

Un día, en una sesión conmigo, Elizabeth preguntó: ¿Puedo ir arriba y ponerme otro jersey? Le dije que pensaba que ella iba a estar lo suficientemente abrigada con sólo un jersey. ¡Fue sólo después que me di cuenta de que ella podría haber querido referirse a un jersey *diferente*, más que uno adicional! Sucedió que el primer jersey era de su hermana, y ella temía que yo pudiera pensar que ella era su hermana.

En la sesión subsiguiente, Elizabeth dibujó algunos peces y los recortó del papel. Los puso en un contenedor con algo de agua. Cuando lo sostuvo fuera de la ventana, me acordé vívidamente que había sido un bebé prematuro y de cómo había estado en una incubadora, separada por vidrio. Puse algo de esto en palabras. Luego Elizabeth volvió a entrar el contenedor, pero "accidentalmente" botó un pez fuera. Me sentí casi físicamente golpeado por la frase "como pez fuera del agua", dándome cuenta plenamente de que significaba luchar por la vida fuera de su propio ambiente natural. Esta era la experiencia física de Elizabeth en este temprano período de la vida y la marcó emocionalmente durante toda su vida.

Conversamos acerca de esto y luego ella salió corriendo al baño a orinar y defecar en un intento de expulsar su terror.¹²

En el curso más común de los eventos, los nuevos mecanismos mentales que surgen proveen herramientas que asisten la expresión no disruptiva de los persistentes procesos primitivos. La *simbolización* permite su expresión a través de la representación en formas que pueden ser incorporadas en la vida diaria. Aliado con esto, es la *sublimación* la que aprovecha y canaliza la energía y vitalidad de los procesos primitivos bajo la "dirección de funciones del yo más maduras". Esto hace posible utilizar esta energía en favor de actividades productivas o placenteras, o al menos en actividades no productivas que no son ni disruptivas para el individuo ni para la comunidad en general.

Los resultados de la simbolización y la sublimación pueden ser social y personalmente aceptables (egosintónicos), pero pueden también contribuir positivamente a la vida de la persona y a la vida de otros. Pero cuando estos colapsan, las consecuencias pueden ser catastróficas. Segal escribió un artículo clásico en el cual describe el acto de tocar música en la vida de dos violinistas:

El paciente A era esquizofrénico en un hospital mental. Cuando su doctor le preguntó porqué había parado de tocar el violín desde su enfermedad, él respondió... ¿Por qué? ¿Usted espera que me masturbe en público?

El paciente B soñó una vez que él y una chica joven estaban tocando un dueto para violín. Él tuvo asociaciones [...] desde las que emergió claramente que el violín representaba sus genitales y tocar el violín representaba una fantasía masturbatoria en relación con la chica. Para A, el violín se había vuelto tan completamente equiparable a sus genitales, que tocarlo se había vuelto imposible. Para B, tocar el violín en su vigilia era una importante sublimación.

(Segal, 1981: 49-50).

12 El tratamiento de Elizabeth es descrito por Sutton (1987).

El fútbol, el “juego precioso”, puede ser un medio para jugadores, espectadores y otras personas asociadas, a través del cual impulsos y fantasías pueden ser experimentadas y encontrar una expresión. Cuando los procesos saludables de simbolización y sublimación están operando, esto sucede de una manera correcta y contenida. En respuesta a una pregunta respecto a un juego próximo, el representante de fútbol, Bill Shankly bromeó “algunas personas piensan que el fútbol es una cuestión de vida o muerte. Yo les puedo asegurar que éste es mucho más importante que eso” (Knowles 2004: 724). Su irónica respuesta capturó la cruda pasión e irracionalidad que subyace y que necesita ser contenida en y por el estadio y su parafernalia asociada. Cuando los procesos saludables no han permanecido en control, las personas han sido ofendidas o asesinadas.

La emergencia de la simbolización y sublimación puede ser vista en la psicoterapia de un niño joven en particular.

Ejemplo clínico 1. 8

Terry tenía cinco años y se encontraba instalado en psicoterapia. ‘Él usaba libremente los materiales de dibujo y modelado, juguetes y muebles en la habitación. Frecuentemente podía jugar sin hablar, pero se comprometía con cualquier comentario que hiciera. Temas relacionados con que podría haber dentro o fuera, habían tenido una aparición regular. Esto estaba vinculado con sus relaciones y funciones corporales.

Un día, estaba jugando con un juguete, diciendo que era un avión arrojando bombas. En el contexto de otras cosas que había estado haciendo y de las cuales habíamos estado hablando, y en relación a los síntomas de consulta, una idea específica se formó en mi mente. Pensé que él estaba tanto representando un avión arrojando bombas, como pensando en defecación.

Le dije a Terry “Pienso que estás pensando en caca”

El respondió “¿Cómo supiste?”

Le expliqué porque pensaba que esto era lo que estaba pasando, pero que no era porque pudiera meterme dentro de su cabeza y leer su mente.

Algunos meses más tarde, la madre de Terry estaba acercándose al final de su embarazo; esto era un asunto importante para Terry. En una sesión, él estaba jugando un juego en el cual estaba en una isla y luego en un bote. Mientras hacía esto estaba además tomando agua. Pensé que esto podría estar relacionado con los temas respecto de lo que podría haber adentro, afuera o en la superficie de algo o alguien más. El bote y la isla están sobre/en el agua. Él estaba sobre/en y cada una de estas. Él podría luego beber y tener el agua dentro de él.

Habiendo visto su juego desarrollarse durante un rato, le dije que creía que estaba pensando en el bebé dentro de su mamá. Él reconoció que así era.

Un par de semanas después repitió el juego del agua de una forma ligeramente diferente. Luego se detuvo abruptamente, me miró y dijo: "Supongo que te hace pensar en el bebé dentro de mi mamá".

Tomado por sorpresa, me quedé sin palabras, y pienso que sólo logré un gruñido inarticulado en respuesta.

Fui rescatado por él cuando me dice de una manera desafiante pero juguetona, "¡Bueno! ¡Je, je! Estás equivocado. Ella ya nació".

Resumen

El psicoanálisis, es un marco teórico para entender tanto la vida mental interna de los individuos como los procesos interpersonales que ocurren en relaciones íntimas, en grupos y en un nivel social.

Existe una compleja y dinámica relación entre los diferentes aspectos de la vida mental interna, que consiste tanto de elementos conscientes como inconscientes. Generalmente, un equilibrio razonable es alcanzado a partir de los recursos personales operando en conjunto con los recursos de quienes son parte de nuestras relaciones íntimas, posiciones de responsabilidad más allá del individuo y de las estructuras de la comunidad. El desequilibrio se manifiesta en síntomas que aquejan a la persona misma o signos reconocidos por otras personas. Los avances del desarrollo de la infancia y de la adolescencia producen mecanismos más sofisticados, que emer-



gen en una secuencia cronológicamente identificable. Los retrasos y desbalances en el desarrollo pueden ocurrir, y son reconocibles ya sea directamente o a través de síntomas y signos en las emociones, comportamientos y relaciones.

El proceso de estar en un rol profesional puede llevar los procesos inconscientes dentro de un foco nítido. Esto se manifiesta a través del fenómeno de transferencia y contratransferencia. Esto necesita ser identificado y manejado cuidadosamente. Los asuntos particulares de los problemas corporales y de la dependencia involucrada en los cuidados de salud y enfermedad, agudizan aún más estos procesos. La psicoterapia psicoanalítica hace un uso muy específico de los procesos de transferencia como un medio a través del cual el cambio terapéutico puede ocurrir.