

La Psicoterapia Psicodinámica.

Encarna Amorós Ruíz

Psicóloga Clínica

RESUMEN

El objetivo de este artículo es exponer las bases de la *psicoterapia de orientación dinámica*. La teoría psicoanalítica nos aporta un modelo de la mente, con un método de observación, un modo de intervención y un encuadre de trabajo, y van a ser estos aspectos los que vamos a ir desarrollando en los diferentes apartados.

A través de la psicoterapia psicodinámica, se producen *modificaciones en la personalidad*, por medio de factores tales como el reforzamiento y la experiencia emocional correctiva, ligados a la actitud benevolente, al interés y a las cualidades humanas del terapeuta, y a tomas de conciencia de sentimientos insospechados o de recuerdos reprimidos. En todos los individuos existen aspectos sanos y aspectos enfermos, aspectos infantiles y aspectos adultos, y la salud psíquica de la persona estriba en que la organización final resultante de estos diferentes aspectos, dé como consecuencia un predominio de las tendencias de vida.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia, Consciente, Inconsciente, Insight, Transferencia, Contratransferencia, Resistencia, Represión, Mecanismos de Defensa, Escisión del Yo, Identificación Proyectiva, Fantasía Inconsciente.

INTRODUCCIÓN

Podemos definir la *psicoterapia* como un método de tratamiento de los trastornos psíquicos, de los conflictos intrapsíquicos no resueltos, que permanecen parcial o totalmente inconscientes. Para llevar a cabo una terapia, es necesaria cierta capacidad del paciente para interesarse por sus problemas internos, a la que denominamos "insight" o introspección, que puede llevar a capacitarlo a resolver sus conflictos, y a fortalecer su personalidad, para que los pueda soportar mejor.

También es necesaria cierta capacidad de "empatía", que es la facultad de comprender las emociones y los sentimientos externos, por un proceso de identificación con el objeto con el que se relaciona.

Freud dice en "Sobre Psicoterapia" que la terapia analítica actúa "per vía di levare", que no quiere agregar nada, no quiere introducir nada nuevo, sino, por el contrario, quitar y extraer algo, y con este fin se preocupa de la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer.

Más adelante, continua diciendo que de la privación sexual y

de la incapacidad de amar, rasgo psíquico al que da el nombre de "represión", surge la enfermedad neurótica.

En "Psicoterapia" se refiere a la "expectativa confiada" del paciente, como una fuerza curativa con la que tenemos que contar en nuestros esfuerzos terapéuticos o curativos. Esta depende de dos factores, de la magnitud de su propio anhelo de curación, y de la confianza en haber emprendido los pasos adecuados para alcanzarla. Esta "expectativa confiada" es de gran importancia en el inicio del tratamiento.

Una vez finalizada una psicoterapia, los resultados esperados en líneas generales, son que el paciente pueda volver a confiar en sí mismo, que pueda apreciar su propio valor y llegar a resolver por sí mismo sus dificultades, que haya habido una mejoría en los síntomas que le llevaron a demandar la ayuda, que pueda haber una mejor aceptación de los trastornos que pueden ir surgiendo, y que pueda tener mayor flexibilidad en las relaciones con los demás, y mayor capacidad de amar y trabajar.

LA DEMANDA DE TRATAMIENTO.

Podemos ver *diferentes niveles evolutivos en la demanda de un tratamiento*, desde un nivel más primitivo al más evolucionado:

A) *La demanda más primitiva* tiene que ver con el pensamiento mágico. Solo por el hecho de confiar en el terapeuta, este encontrará las razones de los trastornos y los hará desaparecer, de una forma que no es necesario entender, pero que se acepta y se desea. No es indispensable más compromiso, solo por el hecho de contar los sufrimientos, conflictos y problemas, estos se resolverán.

B) *El segundo nivel de demanda* es el de entender, con la inteligencia, las causas de lo que le ocurre, de una manera racional.

C) Y por último, *el tercer nivel de demanda*, es el deseo de comprender, no solo con la inteligencia, sino con los sentimientos, sus dificultades y conflictos, de una forma más emocional.

Son factores importantes, en lo que se refiere a la personalidad del paciente

- *la inteligencia*, no nos referimos a las facultades intelectuales únicamente, también es necesaria una inteligencia afectiva.

- un segundo factor es el *"insight"*, *la intuición o perspicacia psicológica*, que es la capacidad de percibirse o de comprenderse, y de no proyectar constantemente al exterior lo que ocurre en el interior.

- y un tercer factor es *la apreciación de la fuerza de la personalidad*, de su flexibilidad o de su rigidez, lo que denominamos "la fuerza del Yo".

Otro factor importante a considerar en un tratamiento es la aceptación de *una posición de "dependencia"* por parte del paciente, ya que esta dependencia puede ser vivida como peligrosa, cuando pasa a significar una fusión con el otro, y por lo tanto es vivida como

una amenaza de englobamiento, y no como protectora y confortable.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

La psicoterapia se caracteriza por la creación de una relación, la de la "transferencia", una relación consciente-inconsciente, que va del paciente al terapeuta, y la de la "contratransferencia" que va del terapeuta al paciente.

La transferencia se refiere a las vivencias infantiles del sujeto, con respecto a las figuras primitivas, llamadas maternas o paternas, y esta transferencia de sentimientos se efectúa según una doble circulación que va de la infancia a la situación de tratamiento y a la inversa.

La contratransferencia define los sentimientos que el psicoterapeuta siente hacia el paciente, la elaboración que hace de ellos con respecto a sus propias imágenes paternas primitivas, y a los afectos que esto suscita en él, afectos que debe comprender y controlar. Si bien la contratransferencia, puede ayudar al terapeuta a entender que está ocurriendo en ese determinado momento en el tratamiento, no debe llevarlo a una *"actuación"*, y este debe siempre observar la regla de "abstinencia" respecto del paciente.

Para el psicoterapeuta, que trabaja desde una perspectiva dinámica, el instrumento de trabajo es la propia mente, y es necesaria la experiencia de un tratamiento personal para poder tolerar las proyecciones del paciente, con todo lo que estas puedan remover en su mente.

Una relación no se convierte en transferencial más que si tiene lugar la relación de la vivencia de la infancia a la situación actual, y si ese movimiento es comprendido por el psicoterapeuta incluso si este no lo interpreta en la sesión de tratamiento. La relación transferencial cristaliza en el momento en que las alusiones al pasado o a la vivencia presente son utilizadas en el tratamiento para establecer *"la neurosis de*

transferencia", la cual se convierte en su objeto principal.

La consolidación del yo se produce a través de una identificación con el psicoterapeuta, que conduce a *una introyección de una buena imago paterna o materna, a una internalización*. La transferencia es el producto de una disposición constituida por una cierta cantidad de libido en situación de espera y de la compulsión a la repetición. El sujeto no solo busca placer; reproduce el conflicto infantil con la esperanza de resolverlo en la relación transferencial.

Lo transferido tiene tres aspectos: 1) se trata de una manifestación con cierta elasticidad del material psíquico, que tiene tendencia a volver a su forma original, a la inactividad, a la pasividad y a la muerte. 2) Tiene una función de descarga de la angustia, por fraccionamiento, de las tendencias ligadas al traumatismo. 3) Por último, supone la posibilidad para el yo del sujeto de pasar de una actitud de pasividad, a una actividad dinámica, que dibuja el principio de un control de la angustia.

El terapeuta se inscribe como un objeto, diferente de los padres, que han sido los que han constituido las introyecciones precoces, y también diferente en razón de su neutralidad, de su tolerancia, de su comprensión y de su ausencia de exigencias. Hemos de considerar que toda revelación de tendencias inconscientes representa una herida narcisista para el sujeto, que hace que este llegue a cuestionarse incluso el funcionamiento de su aparato psíquico, y por esto es necesario un cierto tiempo para que se realice el *"trabajo elaborativo"*, es decir, la aceptación de dichas tendencias inconscientes, como propias.

La relación transferencial es desde el principio un importante campo de observación para el terapeuta. Es a través de ella como mejor se percibe la problemática neurótica del paciente. Es un medio para mostrar al paciente de una manera concreta sus componentes irracionales, para que tome conciencia de sus conflictos neuróticos.

LAS RESISTENCIAS.

Definimos el término **“resistencia”**, como lo que se opone a la elaboración del material inconsciente y su paso al consciente. Ir venciendo las resistencias progresivamente, a través de la psicoterapia psicoanalítica, permite obtener una modificación estructural de la personalidad, ya que al favorecer la relajación del control que el paciente ejerce inconscientemente, deja más libertad al sujeto, aumenta sus capacidades de observación intelectual y afectiva, y permite la aparición de las manifestaciones transferenciales.

Dichas condiciones deben cumplirse para permitir la emergencia del material inconsciente, su análisis y a través de este, el refuerzo del yo. La neurosis infantil, generadora de los trastornos infantiles, va a ser revivida en una situación que permite el análisis de los mecanismos de defensa establecidos durante la infancia.

Podemos diferenciar tres fases en la psicoterapia, teniendo en cuenta que las resistencias se irán desarrollando a través de todo el tratamiento: 1) **la fase de comienzo**, hasta que se establece la relación transferencial, 2) **la fase de la elaboración** del material conflictivo, consciente e inconsciente, y 3) **la fase final**, en la que la problemática se centra en la separación, el duelo, los movimientos depresivos o agresivos que desencadena esta, y la aceptación de esta separación con abandono de los objetos terapéuticos fantasmáticos, aquellos de una curación perfecta, de una felicidad perfecta y de una modificación total de la personalidad.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Ya nos hemos referido antes al **poder de introspección** o **“insight”**: es el reflejo de la estructura del psiquismo y de su funcionamiento. Si no hay obstáculo para la comunicación entre consciente e

inconsciente, el **insight** es máximo, y si los obstáculos son tales que aíslan el consciente del inconsciente, hablaremos de ausencia de **insight**.

El **insight** se relaciona con las defensas y resistencias que existen para impedir la irrupción del material inconsciente al consciente, y que conforman de manera muy diferente a cada persona.

Los mecanismos de defensa, sirven para proteger la autoestima, el narcisismo, para poder establecer las fronteras de la personalidad, para poder entrar en relación con los demás, sin el constante temor de destruirlos, por un exceso de agresividad, o de invadirlos con su amor, con el riesgo de establecer una relación fusional. En los pacientes en que **los mecanismos de defensa son muy rígidos** y no hay comunicación consciente-inconsciente, el insight es menor.

En los pacientes en los que **los mecanismos de defensa son muy frágiles**, los límites entre consciente e inconsciente son muy vagos e inexistentes. Son imprecisos los límites entre lo imaginario y la realidad, hay problemas de autonomía e identidad, y de dependencia e independencia. Nos encontramos en estos casos ante pacientes con una estructura pregenital.

Dice Freud en su obra “Los caminos de la terapia psicoanalítica” que “la finalidad del tratamiento es revelar al enfermo neurótico sus tendencias reprimidas inconscientes, y descubrir con este fin las resistencias que en el se oponen a semejante ampliación de su conocimiento de sí mismo. El descubrimiento de estas resistencias no equivale siempre a su vencimiento, pero una vez descubiertas confiamos en alcanzar este último resultado utilizando la transferencia del enfermo sobre la persona del médico para infundirle nuestra convicción de la falta de adecuación de las represiones desarrolladas en la infancia y de la imposibilidad de vivir conforme a las normas del principio del placer”.

Las fuertes tensiones y necesidades que surgen desde dentro del individuo pueden exteriorizarse y encontrar afuera alguien que pueda aliviar o satisfacerlas, y en este sentido el terapeuta realiza **una función “continente”** de estos aspectos del paciente.

La lucha librada en el interior del individuo se establece entre las fuerzas de vida y las fuerzas destructivas. Cuando estas amenazan con desequilibrar su vida, las fuerzas destructivas pueden ser sentidas como fuerzas que llevan a la aniquilación del individuo, al caos y a la destrucción total. Las ansiedades catastróficas, o de desintegración, son las que ponen en marcha mecanismos defensivos desesperados, como única forma del paciente de enfrentarse a las mismas.

LA IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

En la situación clínica, el paciente, **a través del mecanismo de la identificación proyectiva**, trata de deshacerse de todo lo que considera como indeseable de su persona, depositándolo en la figura del terapeuta. Dicho mecanismo es de carácter inconsciente, y no solo se transmite por lo verbalizado, sino por las vías no verbales de comunicación, como los gestos, el tono de voz, la actitud etc.

El reconocimiento de la realidad psíquica comporta un cierto dolor emocional que es necesario tolerar. Este reconocimiento es el punto de partida del crecimiento y desarrollo del individuo. Dicho reconocimiento de la realidad psíquica comporta el aceptar como propios incluso aspectos indeseables que forman parte del individuo, y no proyectarlos al exterior por medio de este mecanismo.

En lo que se refiere al objeto, a la otra persona que no es el sujeto, la salud conlleva su reconocimiento como alguien independiente y autónomo, y a la vez de quien se necesita. El sujeto

reconoce al objeto como separado de él.

Podemos diferenciar tres tipos de ansiedades. A) *Las ansiedades de aniquilación* están presididas por el pánico, a causa del predominio de las fuerzas destructivas frente a las de vida. B) *Las ansiedades de integración*, se viven al unir aspectos contrarios del individuo, que han estado disociados, con la amenaza de que el dolor correspondiente resulte insoportable. C) *Las ansiedades de separación* son las derivadas de la falta del objeto fundamental. Al principio la separación es sentida como pérdida de una parte del self, y con el desarrollo la separación lleva consigo el sentimiento de pérdida del objeto, y la preocupación por el mismo.

EL CRECIMIENTO MENTAL

No hablamos de curación, sino que utilizamos términos que indican que el paciente ha modificado sus relaciones, y en cierta medida, su mundo interno. Hablamos de progreso, de mejoría, *de cambio psíquico*. Este tiene lugar, *cuando el individuo ha sido capaz de ampliar su espacio mental para que sea más continente de experiencias, de su vida emocional, en particular las que implican dolor*.

Una de las premisas básicas para el desarrollo, para el crecimiento de la vida mental, es que puedan ir creandose unos límites que permitan diferenciar un adentro y un afuera, distinguir el self del objeto, la fantasía de la realidad externa, al tiempo que exista una interacción entre lo interno y lo externo.

La expresión de Bion de *"vértice psicoanalítico"*, se refiere al punto de vista, al ángulo desde el que se mira, a la perspectiva. Pero es más amplio, ya que el vértice es un término relacional, tiene en cuenta la existencia de otros vértices, los de las personas que participan en la misma experiencia.

El analista tiene un *vértice*, el psicoanalítico, trata de comprender cognitivamente y emocionalmente lo que está sucediendo en la mente del paciente cuando se relaciona con él, y el paciente tiene su propio *vértice*, el de la persona que comunica su sufrimiento para liberarse del mismo, o para modificarlo con la ayuda del psicoanalista. Esta situación le permite observar la experiencia que está viviendo en la relación analítica de una manera determinada que probablemente no coincide siempre con la del analista.

La distancia que separa ambas perspectivas crea una cierta *discordancia* que ha de ser la idónea, ni demasiado próxima, que llevaría a una confusión del analista y el paciente, ni demasiado lejana, que no permitiría la correlación o contraste entre ambos, para acercarse al conocimiento de la realidad del paciente.

Cuando alguien hace una demanda asistencial por ansiedad, depresión o cualquier malestar psíquico, es para que el profesional la reciba, la comparta, en cierta manera, y posteriormente la devuelva de manera más tolerable. Esta función es a la que hemos denominado anteriormente *"continente"*.

El conocimiento de la realidad psíquica comporta un progreso en cuanto a modificar, en lugar de evitar, el sufrimiento emocional. La interpretación es la intervención del terapeuta para ayudar al paciente a tomar conciencia de ciertos aspectos de su persona y de su manera de relacionarse, que están escindidos y disociados, reprimidos, es decir, permite una ampliación de la conciencia o crecimiento mental.

Es importante que consideraremos el tratamiento como una *"experiencia emocional"*, donde el paciente ha recibido un trato humano por parte del terapeuta, no sobrehumano ni omnipotente, tal y como pretenderá la mayoría de los pacientes. De esta forma se puede llegar a comprender, a incorporar, lo que se ha ido explicando como algo que sirve para el crecimiento, para

el desarrollo de sí mismo, y no para convertirse en otra persona, en los padres-terapeuta como objetos idealizados, fantasía omnipotente a la que es necesario renunciar.

Las asociaciones libres que hace el paciente, son especialmente significativas cuando surgen como respuesta a una intervención o interpretación del terapeuta. Pueden estar haciendo referencia al reconocimiento de las necesidades infantiles, y la dependencia necesaria de las figuras adultas, para aprender y crecer.

Un ejemplo clínico de esta fantasía omnipotente de llegar a ser el objeto ideal, es cuando aparecen dificultades con la comida. Esta representa todo lo ligado a necesidades afectivas sin resolver, y la reacción defensiva ante estas necesidades, es el aislamiento y el colocarse por encima de los demás, con lo que ya no se necesita a nadie, no se necesita del afecto y cuidado de los demás, pero ese funcionamiento puede hacer sentirse aislado y solo, y de ahí surge pedir ayuda, lo que indica el fracaso de esta omnipotencia.

Otro ejemplo clínico, lo tenemos en la hipocondría, donde hay una dificultad de simbolización en relación con la existencia de un superyó primitivo y severo, que se proyecta y luego se reintroyecta de manera persecutoria, a través de las dolencias corporales.

El crecimiento mental comporta siempre alguna pérdida, que es necesario elaborar, para que sea posible el auténtico progreso del individuo.

EL APRENDIZAJE POR LA EXPERIENCIA

Cuando las ansiedades primitivas no han sido resueltas mediante el aprendizaje por la experiencia, sino mediante medidas defensivas, estas llevan a otras formas de pseudo aprendizaje, para manejarse con la realidad. Como ya hemos dicho más arriba, estas ansieda-

des primitivas son, por un lado, las ansiedades catastróficas, de desintegración mental, o de aniquilamiento, que se reflejan en el temor al vacío, en el sentido de vaciarse, de deshacerse, de licuarse.

Y por otro lado, las ansiedades de integración, ya que la integración de la vida mental implica tolerar la coexistencia de aspectos y sentimientos contrarios de la misma personalidad, proceso que corre paralelo a la diferenciación respecto del objeto, y a la aceptación de la pérdida definitiva del otro, cuando el sujeto ya está lo suficientemente fuerte, integrado y por tanto, a merced de las ansiedades de desintegración.

Cuando la pareja paterna interna está siempre en discordia, el tratamiento puede permitir experimentar la unión de la función paterna, expresada en la firmeza del terapeuta en mantener unas condiciones de encuadre, y la función materna, realizada en la tolerancia y paciencia para con sus demandas.

La teoría psicoanalítica del aprendizaje considera que es la curiosidad la que nos lleva a querer saber de las cosas, a indagar en la realidad, y en la medida en que esta es desconocida y nueva, comporta inevitablemente un componente de dolor psíquico. El aprendizaje por experiencia conduce a una capacidad para aprender a modificar o modular ese dolor, y a no huir del mismo, ofreciendo la posibilidad de penetrar en dicha realidad y dejarse penetrar por la misma, con lo que eso comporta de reajuste mental.

Reajuste que supone abandonar antiguas pautas, para aceptar las nuevas, y transformar así la realidad externa, a la vez que la interna. Por tanto, el aprender de la experiencia implica una participación emocional, de tal manera que su resultado comportará algún tipo de modificación en la personalidad del individuo.

LA FANTASÍA INCONSCIENTE

Cuando utilizamos el término “*fantasía*”, debemos diferenciar entre la fantasía inconsciente, que puede hacerse consciente o no, y la fantasía, en el sentido de ensueños diurnos conscientes, o ficciones.

El mundo interno tiene una continua realidad viviente propia, con sus propias leyes y características dinámicas, distintas de las del mundo externo, a la que se ha denominado “*realidad psíquica*”.

Podemos definir la “*fantasía inconsciente*” como el representante psíquico de la pulsión, tanto libidinal como destructiva.

Puede haber una relación entre fantasía inconsciente y realización de deseos, pero la mayoría también pueden servir a otros fines, como pueden ser la negación, el reaseguramiento, el control omnipotente, la reparación etc. Todos estos procesos mentales sirven para disminuir la tensión instintiva, la ansiedad y la culpa. Todos los impulsos, sentimientos, formas de defensa, son experimentados en fantasías que les dan vida mental y muestran su dirección y propósito.

En las primeras épocas de la vida existe un gran número de fantasías inconscientes que toman forma específica, junto con la catectización de zonas corporales particulares. La satisfacción autoerótica es la fantasía inconsciente que tiene como fin superar el sentimiento de pérdida y desamparo.

Los procesos mentales primitivos tienen un carácter omnipotente y solo lentamente se aprende a distinguir entre el deseo y el acto, entre los hechos exteriores y sus sentimientos sobre los mismos.

En el bebé, cuando aumenta la frustración, aparece el deseo de tomar todo el pecho dentro de sí y guardarlo como fuente de satisfacción. Esta alucinación del pecho gratificador interno desaparece si la frustración continua y el ham-

bre no se satisface, resultando la tensión instintiva demasiado fuerte como para ser negada. La vía y los sentimientos y fantasías violentamente agresivos dominarán entonces la mente. La fantasía inconsciente de la madre asesina, sucede a la de la madre atacada por el niño con intenciones asesinas.

El niño proyecta sus propios deseos orales agresivos en el objeto deseado, el pecho de la madre, y la fantasía es que el objeto va a morderle a él, tal como él deseaba. El amor oral es incorporar o devorar, y tiene como resultado la abolición de toda existencia separada por parte del objeto.

Digerir es destruir el objeto haciendo uso del instinto agresivo, derivado del de muerte, mientras que asimilar es reconstruir orgánicamente, con los instintos de vida o eróticos.

Las resistencias ligadas a sentimientos de culpa, son debidas a fantasías inconscientes de ataque al objeto, tanto más intolerables cuanto se trate de sujetos que han desarrollado mal su proceso de separación-individuación en la infancia, y para los que atacar inconscientemente a un objeto es destruirlo y destruirse a sí mismo.

Podemos definir la pulsión como un proceso psicossomático con fin corporal, dirigido a objetos externos concretos, y la fantasía como la representación mental de las necesidades pulsionales. La fantasía inconsciente se relaciona con fines corporales, dolores y placeres, dirigidos a objetos de algún tipo.

La madre es proyectivamente, el deseo y el proyecto del niño. Ella le da su pecho, cuidados y ternura, y al mismo tiempo lo llena de sus propias imagoes. El deseo de un niño se inscribe en el régimen de su propia historia y de su economía, tanto objetual como narcisista. La madre encuentra en su hijo el cumplimiento de sus fantasmas infantiles, sus deseos enraizados en su propio Edipo, deseo de un hijo del padre o de la madre. Deseo fantasmático parcialmente realizado, cuando busca en

un vástago la imagen de sus propios padres. Deseo tabú marcado por la culpa y las amenazas mal neutralizadas, de su propia neurosis infantil. Ambos padres buscan prolongarse en su descendencia, y la invisten con los avatares de su propia historia.

EL MODELO DE LA MENTE

Vamos a intentar sintetizar *como se construye el modelo de la mente en la teoría psicoanalítica*. Cuando surge la excitación, provocada por la necesidad interna, se buscará, a través de una derivación en la motilidad, de una modificación interna o de una expresión de las emociones, la experiencia de satisfacción.

En tanto la necesidad resurja, surgirá también un impulso psíquico que tenderá a reconstituir la situación de la primera satisfacción. Tal impulso, lo calificamos de “*deseo*”. En un estado primitivo del aparato psíquico, el deseo termina en una “*alucinación*”, pero la satisfacción no se produce y la necesidad perdura.

El sueño es una realización de deseos, dado que solo un deseo puede incitar al trabajo a nuestro aparato anímico. El sueño es una muestra del funcionamiento primario del aparato psíquico. En la formación de los sueños, es imprescindible el deseo procedente de la vida anímica infantil.

La convicción de que la gratificación imaginaria es equiparable a la gratificación de la realidad, nos estaría indicando un fallo en el funcionamiento mental.

Podemos ver dos resultados, según se produzca o no, la experiencia de satisfacción. Cuando se produce la experiencia de satisfacción, el sentimiento es de amor; mientras que si no hay esa satisfacción, se produce la frustración, y el sentimiento es de odio.

Por otro lado, podemos diferenciar que ocurre, según el objeto permita pensar o no. Cuando el objeto prohíbe

pensar por sí mismo, separarse de las figuras paternas, el aparato para pensar se construye mal. El terapeuta, como un objeto continente, permite un cambio en ese superyó arcaico y cruel, que posibilita que la experiencia emocional sea menos persecutoria.

La relación con un objeto que no permite la separación, es una relación que tiende a negar la situación edípica, ya que la fantasía omnipotente es de estar dentro del objeto y controlar desde dentro la situación.

Mientras que *la relación con un objeto que sí permite la separación*, es una relación más discriminada, con aceptación de límites, y en la que la pareja edípica es complementaria y la internalización da libertad para pensar.

Desde la teorización que hace la autora P. Aulagnier, *pensar es el primer instrumento de autonomía del niño*. Si hay un exceso de violencia del discurso materno, se produce una prohibición de pensar por sí mismo, solo está permitido pensar lo que ya ha sido pensado por ella.

Mientras que la fantasía de una pareja primaria, ligada por un deseo mutuo de unión, de integración, por un placer compartido y que se desea hacer compartir, sí permite la separación.

EL CONFLICTO PULSIONAL

Podemos preguntarnos si es posible resolver por medio de la técnica psicoanalítica un conflicto entre una pulsión y el yo, o el causado por una demanda pulsional patógena al yo, de un modo permanente y definitivo. El resultado del tratamiento es que la pulsión es integrada en la armonía del yo, resulta accesible a todas las influencias de los otros impulsos sobre el yo y ya no intenta seguir su camino independiente hacia la satisfacción.

Vamos a pasar a ver que ocurre con la mezcla de las dos pulsiones, la libidinal y la agresiva.

Una parte de la pulsión de muerte queda puesta al servicio de la función sexual. Otra parte, no va al exterior, pervive en el organismo, fijada libidinosamente, a lo que llamamos *masoquismo primitivo erótico*.

El sentimiento inconsciente de culpabilidad, la necesidad de castigo, surge por la tensión entre el yo y el superyó. *El yo reacciona con sentimientos de angustia a la percepción de haber permanecido por debajo de las exigencias de su ideal, el superyó.*

El superyó nace por la introyección en el yo de los primeros objetos de los impulsos libidinosos del Ello-el padre y la madre- proceso en el cual quedaron desexualizados y desviadas de los fines sexuales directos las relaciones del sujeto con la pareja parental, haciéndose de este modo posible el vencimiento del Complejo de Edipo.

El superyó conserva así caracteres esenciales de las personas introyectadas: su poder; su rigor; y su inclinación a la vigilancia y al castigo. El superyó puede mostrarse duro, cruel e implacable contra el yo. El sadismo del superyó y el masoquismo del yo se complementan mutuamente.

En el masoquismo se puede ver de que forma se realiza la mezcla pulsional. La pulsión de destrucción no es proyectada al mundo exterior; y como además integra la significación de un componente erótico, la destrucción del individuo por sí mismo no puede tener efecto sin una satisfacción libidinoso. El síntoma realiza la fantasía inconsciente y también el proceso mental punitivo, el autocastigo.

En “Historia de una neurosis infantil” Freud señala que desde una actitud pasiva con respecto a la mujer; se puede pasar a la actitud pasiva con respecto al hombre. La identificación con el hombre, queda sustituida por la elección de objeto, se le elige como tal, y la transformación de la actitud activa respecto del varón, por la actitud pasiva.

Los fines sádicos activos se transforman en masoquistas (satisfacción sexual masoquista), y se busca el castigo por su sentimiento de culpabilidad.

La influencia de la infancia se hace ya sensible en la situación inicial de la producción de la neurosis, en cuanto determina, de un modo decisivo, si el individuo ha de fracasar en la superación de los problemas reales de la vida y en que lugar ha de fracasar. A la neurosis de la edad adulta, precede una neurosis infantil.

En la teoría sexual infantil de la cloaca, el intestino es el que acoge al pene, no la vagina, por miedo a la castración. El excremento, el niño y el pene forman así una unidad, un concepto inconsciente: el del pequeño separable del cuerpo.

La solución de un conflicto pulsional, solo resulta buena para una particular intensidad de la pulsión y la fuerza del Yo.

Las regresiones que tienen lugar en la primera infancia, son medidas defensivas primitivas tomadas por el Yo inmaduro y débil. El psicoanálisis permite al Yo, que ha alcanzado mayor madurez y fuerza, emprender una revisión de esas antiguas represiones. ***El Yo rechaza tanto la representación intolerable, como el afecto ligado a ella.***

La situación analítica consiste en que nos aliamos con el Yo de la persona sometida al tratamiento con el fin de dominar partes de su Ello que se hayan incontroladas, es decir, de incluirlas en la síntesis de su Yo. Toda persona normal es de hecho normal en cuanto pertenece a la media. Su Yo se aproxima al del psicótico en uno u otros aspectos y en mayor o menor cantidad; y el grado nos proporcionará una medida provisional de lo que hemos llamado "alteración del Yo".

El Yo ha de intentar, desde el principio, realizar su tarea de mediar entre su Ello y el mundo externo al servicio del principio del placer y proteger al Ello de los peligros del mundo exterior.

Si en el curso de esos esfuerzos, el Yo aprende también a adoptar una actitud defensiva hacia su propio Ello y a tratar las demandas pulsionales del último como peligros externos, esto ocurre, por lo menos en parte, porque comprende que la satisfacción de la pulsión llevaría a conflictos con el mundo externo.

El Yo se va acostumbrando a dominar el peligro interno antes que se convierta en peligro externo. Utiliza varios procedimientos para evitar el peligro, la ansiedad y el displacer, y a estos procedimientos los llamamos ***mecanismos de defensa.***

El aparato psíquico no tolera el displacer, y si la percepción de la realidad lleva consigo displacer, debe ser sacrificada. El individuo puede huir de los peligros externos, pero no podemos huir de nosotros mismos, la huida no es un remedio frente al peligro interno. Y por esta razón, los mecanismos defensivos del Yo están condenados a falsificar nuestra percepción interna y a darnos una imagen desfigurada de nuestro Ello.

Los mecanismos de defensa sirven al propósito de alejar los peligros. No puede negarse que en esto tienen éxito y es dudoso si el Yo podría pasarse sin ellos durante su desarrollo. Pero el gasto necesario para mantenerlos y las restricciones del Yo resultan una pesada carga en la economía psíquica. Estos mecanismos de defensa quedan fijados al Yo, se convierten en modos regulares de reacción de su carácter, que se repiten a lo largo de su vida cuando se presenta una situación similar a la primitiva. ***El Yo del adulto, con su fuerza incrementada, continúa defendiéndose contra peligros que ya no existen en la realidad, se siente impulsado a buscar en la realidad aquellas situaciones que pueden servir como un sustituto aproximado del peligro primitivo, para poder justificar sus modos habituales de reacción.*** Los mecanismos defensivos al producir una alienación más amplia del mun-

do exterior y una debilitación permanente del Yo, facilitan la neurosis.

LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Si abordamos el tema de cuando ***finalizar un tratamiento***, podemos hacer referencia a distintos aspectos, 1) a que el paciente ya ha superado los síntomas que le llevaron a iniciarlo, 2) a que se han explicado determinados conflictos inconscientes, 3) a que ha modificado sus relaciones con los demás, y en cierta medida, con él mismo. Este ***"cambio psíquico"*** tiene lugar cuando ***el paciente ha sido capaz de ampliar su espacio mental, para que sea continente de su vida emocional, en particular de las experiencias que implican dolor.***

Durante el tratamiento nuestro trabajo terapéutico se halla oscilando continuamente hacia delante y hacia atrás, entre un fragmento de análisis del Ello y otro del análisis del Yo. En el primer caso, necesitamos hacer consciente algo del Ello, en el otro queremos corregir algo del Yo. Lo importante es que los mecanismos defensivos dirigidos contra el peligro primitivo reaparecen en el tratamiento como resistencias contra la curación. De aquí resulta que ***el Yo considera la curación como un nuevo peligro.*** El efecto terapéutico depende de que se haga consciente lo que se halla reprimido en el Ello.

El paciente no acepta las interpretaciones en tanto el Yo se aferra a sus antiguas defensas y no abandona sus resistencias. Esas resistencias, aunque pertenecen al Yo, son inconscientes. Durante el trabajo sobre las resistencias, el Yo cesa de apoyar nuestros esfuerzos para descubrir el Ello. Bajo el influjo de los impulsos displacenteros que siente como resultado de la reactivación de sus conflictos defensivos, las transferencias negativas pueden ocupar el primer plano y anular por completo la situación psicoanalítica.

En cuanto a la “*adhesividad de la libido*”, podemos establecer las siguientes diferencias: a) Encontramos personas con una especial “*adhesividad de la libido*”. Los procesos que pone en marcha el tratamiento son mucho más lentos, porque no pueden acostumbrarse a separar las catexias libidinales de un objeto- la concentración de deseos sobre algún objeto e idea, y la cantidad de deseos- para transferirlas a otro, aunque no podamos descubrir una especial razón para esta lealtad de estas catexias.

b) Encontramos también el tipo de persona opuesto, en el que la libido parece particularmente movilizable. En este segundo tipo los resultados del análisis resultan ser con frecuencia muy poco duraderos.

c) En otro grupo de casos, no se obtiene otra impresión de la resistencia, sino la de que es una fuerza que se defiende con todos los medios posibles contra la curación y que se halla completamente resuelta a aferrarse a la enfermedad y al sufrimiento. Una parte de esta fuerza ha sido reconocida por nosotros como el sentimiento de culpa, y la necesidad de castigo, y la hemos localizado en la relación del Yo con el Superyó.

Si consideramos el cuadro completo constituido por los fenómenos del masoquismo, inmanente a tanta gente, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpa, no podremos adherirnos a la creencia de que los sucesos psíquicos se hallan gobernados exclusivamente por el deseo de placer. Estos fenómenos indican la presencia de la pulsión de agresión o de destrucción, según sus fines, y que hacemos remontar a la primitiva pulsión de muerte de la materia viva.

Solamente por la acción mutante, concurrente u opuesta de las dos pulsiones, Eros y la pulsión de muerte, podemos explicar la rica multiplicidad de los fenómenos de la vida. Eros se dirige a

combinar lo que existe en unidades cada vez mayores, mientras que la pulsión de muerte aspira a disolver esas combinaciones, y a destruir las estructuras a las que ha dado lugar.

Nuestra aspiración no será borrar toda peculiaridad del carácter individual en favor de una normalidad esquemática ni exigir que la persona que ha sido psicoanalizada por completo no sienta pasiones ni presente conflictos internos. El papel del psicoanálisis es lograr las condiciones psicológicas mejores posibles para las funciones del Yo.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A la hora de *evaluar los resultados terapéuticos* de un tratamiento, debemos hacer ciertas puntualizaciones: a) *En primer lugar*, si no se ha profundizado lo suficiente, si el trabajo se ha realizado a un nivel más superficial, habrán quedado sin resolver determinados aspectos, b) *En segundo lugar*, no es suficiente que el terapeuta le comunique al paciente lo reprimido, sino que este debe ir descubriéndolo por sí mismo, a lo largo del tratamiento y c) *En tercer lugar*, que el recuerdo de determinadas experiencias olvidadas no es suficiente para garantizar el éxito terapéutico, el paciente debe revivirlo en la transferencia con el afecto correspondiente, ya que no se puede curar en ausencia o en “*efigie*”.

Para llegar a hacer consciente lo inconsciente, hay que vencer las resistencias yoicas y las resistencias del ello, que son las que se oponen a este “*crecimiento mental*”. Pero, además de vencer estas resistencias, es fundamental la “*experiencia emocional*” que supone para el paciente revivir, en la relación transferencial con el terapeuta, los conflictos no resueltos.

Por otro lado, la capacidad de un sujeto para manejar sus pensamientos y emociones, depende de la *internaliza-*

ción que haya hecho de la capacidad del objeto externo, para contener dichos pensamientos y emociones. A mi entender, son dos factores los que van a determinar el funcionamiento mental del paciente, la intensidad constitucional de los impulsos y la patología del objeto externo.

Cuando confluyen ambos factores, cuando el sujeto no encuentra un objeto externo que sea continente de sus proyecciones, y cuando estas son excesivas, se produce un aparato mental que no tiene la capacidad de ser “*conteniente*” del sujeto.

No se ha producido en este caso, la internalización de un buen objeto que cuide, pero a la vez, que acepte la “*castración*”, que significa aceptar que no se tiene todo, aceptar la falta, y que no se sabe todo, renunciar a la certeza absoluta, dicho en otras palabras, renunciar a la omnipotencia y a la omnisciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTORIADIS-AULAGNIER P.: “*La violencia de la interpretación*”. Amorrotu Ed. 1977
- FREUD S.: “*Las neuropsicosis de defensa*” 1894, “*La interpretación de los sueños*” 1900. “*Sobre Psicoterapia*” 1904. “*Psicoterapia*” 1905. “*Historia de una neurosis infantil*” 1914. “*Los caminos de la terapia psicoanalítica*” 1919. “*El problema económico del masoquismo*” 1924. “*Análisis terminable e interminable*” 1937. “*Escisión del Yo en el proceso de defensa*” 1938. Ed. Biblioteca Nueva O.C.
- ISAACS S.: “*Naturaleza y Función de la Fantasía*”. Ed. Hormé 1952
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.: “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Ed. Labor 1981.
- PÉREZ-SÁNCHEZ A.: “*Prácticas Psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*”. Ed. Paidós 1996.
- SCHNEIDER P.: “*Propedéutica de una Psicoterapia*”. Ed. Nau Libres 1979.