

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y EL DÉFICIT ESTRUCTURAL

Joan Coderch (*)

En este trabajo intento describir un estilo de relación paciente - terapeuta que es curativo en sí mismo, es decir, que actúa como un verdadero "agente terapéutico", tenga o no lugar el insight provocado por las interpretaciones del terapeuta y sobre el que el psicoanálisis clásico ha hecho descansar su capacidad curativa. Pretendo poner de relieve que esta relación que es "terapéutica en sí misma" es imprescindible en los pacientes con grave déficit estructural del self, los cuales no sólo son incapaces de asimilar las interpretaciones simbólicas, sino que, además, se sienten traumatizados por ellas. Pero quiero advertir que todos los sujetos con alteraciones emocionales de algún tipo presentan aspectos deficitarios en su funcionamiento psíquico, siendo la diferencia únicamente de grado. Por tanto, considero que el enfoque terapéutico que presento, propio del que en las últimas décadas ha venido a ser denominado "psicoanálisis relacional", es el más conveniente para toda clase de pacientes.

1. Antecedentes.

Desde sus comienzos, el psicoanálisis que denominamos clásico o tradicional ha estado basado en el concepto de conflicto intrapsíquico provocado por la lucha entre las pulsiones, agresivas o libidinales, que intentan descargarse de alguna manera, por un lado, y las defensas que se oponen a tal descarga, por otro. Se ha entendido que estas pulsiones son la expresión del llamado Complejo de Edipo, clave para el desarrollo y la patología de la mente. El tratamiento ha consistido, también desde entonces, en el establecimiento de un marco terapéutico que permita la repetición del conflicto con los primeros objetos en la figura del analista, repetición llamada transferencia, y su resolución mediante la interpretación de dicho conflicto, es decir, el análisis de la transferencia.

Pero también desde estos inicios, y pese al entusiasmo inicial, el número de pacientes cuyos síntomas y dificultades psíquicas no desaparecían, pese a las que se juzgaban como correctas interpretaciones, ha sido considerable. Ya en los comienzos, el discípulo predilecto de Freud, Sandor Ferenczi, especialmente en sus trabajos tardíos (1929, 1931), advirtió que la mayoría de los pacientes precisaban mucho más que las interpretaciones para obtener alguna mejoría. Y este algo más, pensó, debía consistir en una relación personal de cuidado y afecto, de sinceridad e intercambio mutuo, de atención a las necesidades del paciente de la misma manera que lo haría una madre. Desafortunadamente para el análisis, estas recomendaciones de Ferenczi no fueron tenidas en cuenta y en los años posteriores fue ganando terreno la convicción de que, por el contrario, el proceso psicoanalítico debía tener lugar en un marco, el *setting*, estrictamente controlado para lograr que la relación paciente-

analista quedara reducida al mínimo indispensable, a fin de lograr que la persona real del analista permaneciera oculta en el anonimato, de manera que sus rasgos individuales no obstaculizaran ni deformaran el desarrollo nítido y transparente de la transferencia. Esto ha dado lugar a un estilo de relación terapéutica caracterizado por la frialdad del analista que mantiene lo que se conoce como “distancia analítica”, fundamentalmente dirigida por las reglas del anonimato, la neutralidad y la abstinencia de toda gratificación en dicha relación.

No cabe duda que en esta forma de plantear el proceso psicoanalítico influyó, en gran medida, en el deseo ya presente en Freud y mantenido vivo desde entonces por la mayor parte de los analistas, de que el psicoanálisis fuera aceptado por la comunidad científica internacional como una ciencia empírico – natural; pretensión, por cierto, nunca satisfecha. Naturalmente que aquí cabe hablar de una doble confusión: la de que todas las ciencias deben ser empírico – naturales, y la de que todas, para serlo, deban adoptar la metodología propia de este tipo de ciencias, como si no fueran disciplinas científicas la jurisprudencia, la historia, la arqueología, la antropología, la sociología, etc. (Coderch, J., 2006). Por otra parte, y lo consigno aquí como antecedente primero del estilo de relacional terapéutica propugnada por el psicoanálisis relacional, Freud mismo, no el primer Freud todavía titubeante, sino el Freud en su época mas madura y con su teoría psicoanalítica plenamente establecida, no mantuvo con sus pacientes un trato frío y distante, como sabemos por muchos documentos históricos. Así, por ejemplo, en un trabajo de L. Missim Momigliano (1987), basado en los relatos de antiguos pacientes de Freud, algunos de ellos destacadas figuras del psicoanálisis, la ciencia o la literatura, tales como Maria Bonaparte, Abram Kardiner, Raymond de Saussure, Roger Money Kyrle, etc., se nos describe un Freud que conversaba libremente con sus pacientes, mostraba sus preciosas estatuas, prestaba libros, ofrecía naranjas con las que le habían obsequiado, recibía y mandaba postales, satisfacía las demandas de sesiones extras o más prolongadas, etc. Otro antecedente del modelo relacional lo encontramos en Harry Stack Sullivan, cercano a Freud en el tiempo aunque no discípulo directo, creador del “psicoanálisis interpersonal (1940, 1953).

Pero fue R. Fairbairn quien dio impulso decisivo al concepto de déficit, del que hablaré en breve, en contraposición a conflicto intrapsíquico, al enunciar explícitamente, separándose con esto de Freud en forma radical, que las pulsiones no buscan descargarse de forma libidinal o agresiva, sino que “las pulsiones son buscadoras de objeto”, es decir, que el impulso que mueve al ser humano desde el mismo momento de su nacimiento es la necesidad de contacto con otro ser humano. En el que es para mi el más fundamental de sus trabajos, “La represión y el retorno de los malos objetos” (1943), señala, como base

principal de las perturbaciones psíquicas, una *deficiente* estructuración de la mente originada por la división e internalización de los objetos insatisfactorios o agresivos y la consecuente división del yo para controlarlos. En este mismo trabajo declara que, para que el paciente pueda liberarse de sus malos objetos internalizados, el terapeuta debe ser percibido por el paciente como “un objeto bueno”. Otros autores fundamentales para el tema del déficit y su abordaje terapéutico son Balint, con su teoría de la “falla básica” (1968) que a mí me parece la primera formulación explícita del concepto déficit, Winnicott, con su concepto de la madre “suficientemente buena” y la necesidad de sostén (*holding*), y Bowlby, que ha mostrado la existencia del impulso primario a buscar la cercanía de la madre (1973). Finalmente, el autor que formula más explícitamente, tanto para la teoría como para la práctica terapéutica, el concepto de déficit, contraponiéndolo a conflicto intrapsíquico ha sido Kohut, creador de la “psicología del *self*”, (1971, 1977, 1989).

2. Diferenciación entre conflicto intrapsíquico y déficit.

Situados ya en el momento presente, es hora de establecer, delimitar y diferenciar lo que entendemos por conflicto intrapsíquico y por déficit, antes de seguir adelante.

Para entender el concepto de conflicto intrapsíquico hemos de situarnos en la teoría estructural de Freud, según la cual el aparato psíquico se encuentra dividido en tres instancias: El ello, el yo y el superyo, que son las que entran en conflicto entre si, en cuyo caso podemos hablar de un conflicto intrapsíquico “intersistémico”. El que suele considerarse más típico es el que se establece entre las pulsiones del ello y las órdenes y prohibiciones del superyo que se oponen a ellas. Conflicto intrasistémico es el que tiene lugar cuando lucha dos fuerzas dentro de la misma instancia.

Tal como suele utilizarse, el término déficit significa insuficiencia o carencia de algo, como puede ser déficit vitamínico, déficit de irrigación cerebral, etc. Desde el punto de vista de la clínica, cuando hablamos de déficit nos referimos a la insuficiente recepción o suministro de algo que el sujeto debería haber recibido por parte de sus padres o primeros cuidadores en una época determinada de su vida, propiamente durante la etapa evolutiva. Enunciado objetivamente, la posible existencia de déficit parte de la convicción de que todo ser humano, para su adecuado desarrollo mental, debe recibir una razonable dosis de cuidados en su infancia y adolescencia, como son: atención, amor, ternura, aprobación, confianza, aceptación, tolerancia, seguridad, etc., de manera suficiente y estable. Desde la teoría, – advierto que siempre estamos en el campo de las hipótesis- suponemos que cuando estos aportes no son suficientes tiene lugar el déficit en la estructuración del *self*. No es difícil pensar que aquello que dará lugar al déficit no es únicamente la ausencia de algo que se

necesita, sino también la presencia de algo que juzgamos perjudicial, negativo: la agresividad, la incoherencia, la inestabilidad, la falta de confianza, la desaprobación crónica, el maltrato físico o psicológico, etc. Debe tenerse en cuenta que aun cuando podemos hablar de esta insuficiencia de los aportes necesarios como algo que objetivamente se ha dado, hemos de distinguir este hecho de la experiencia subjetiva; la experiencia subjetiva de no recibir aquello que se necesita en un momento determinado de la vida, cosa que puede o no coincidir con la supuesta realidad objetiva, dado que, en la mayoría de los casos, sólo contamos con el relato del paciente. Como es de esperar, los pacientes no llegan al consultorio quejándose de “déficit”, sino lamentándose de cosas tales como inseguridad, fragilidad, falta sentido en su vida, inestabilidad emocional, dificultades en la relación con los otros y en su orientación laboral o profesional, falta de ilusiones, imposibilidad de formar una pareja amorosa razonablemente satisfactoria y estable, incapacidad para asumir impactos emocionales, ausencia de vigor y energía psíquicos, sentimiento de vacío, etc. Y, en muchas ocasiones, pero no en todas, atribuyen estas perturbaciones a falta de afecto, seguridad, amor, estabilidad, comunicación suficiente, en su infancia o adolescencia. Otra vez puede ser que los pacientes acudan al consultorio presentando una dificultad concreta y, aparentemente, externa de su vida para la que buscan ayuda, y es el terapeuta quien, en el curso de las primeras entrevistas, percibe que debajo de esta presentación, como una tarjeta de visita, se hallan un *self* desorganizado, fragmentado, incoherente, así como algunos de los síntomas que acabo de mencionar y que el paciente está soportando con más o menos sufrimiento.

Frecuentemente, se ha tratado de diferenciar entre pacientes con conflicto y pacientes con defecto, merecedores, por tanto, de distinto abordaje terapéutico. El mismo Kohut, en un primer momento, se acogió a esta diferenciación, considerando que la nueva comprensión analítica que él había creado valía, tanto en lo teórico como en lo terapéutico, solo para determinados pacientes que, por las vicisitudes sufridas en el curso de su evolución y desarrollo, presentaban este supuesto déficit del *self*. Posteriormente, juzgó que todos los pacientes sufrían estos déficits, aunque su presentación clínica, en un primer momento, tuviera una apariencia “neurótica”. Esto no debe extrañarnos. Hasta ahora ha sido propio de casi todos los innovadores en psicoanálisis afirmar, en un principio, que sus novedosas ideas se refieren a un tipo especial de pacientes y que no afectan al cuerpo principal de la teoría freudiana, para, más adelante, ampliar estas ideas y sistematizarlas en una teoría global de la mente humana. A menudo se dice que este fenómeno es debido a la dificultad emocional de romper la fidelidad al creador del psicoanálisis, pero a mi juicio es más bien

debido al temor a ser juzgados como heterodoxos, como no propiamente analistas, lo cual les lleva a extremar la prudencia hasta que ven que sus originales aportaciones tienen ya suficiente resonancia y aceptación dentro de la comunidad psicoanalítica como para crear una nueva escuela. Sea como sea, mi opinión personal es que no hay pacientes con déficit y pacientes con conflicto, sino pacientes en los que lo predominante son los síntomas de conflicto y pacientes en los que son los síntomas de déficit los que trazan el cuadro clínico. Y esto es así porque en toda mente humana existen ansiedades, limitaciones y dificultades de todo tipo, en un *continuum* gradual. Aunque he de advertir que, al hablar de conflicto intrapsíquico no me refiero al clásico conflicto entre pulsiones defensas contra ellas, porque para mí, como veremos más adelante, el concepto freudiano de pulsión no tiene ya ninguna validez dado que ha sido refutado por la neurociencia y por la experiencia clínica, sino que me refiero a conflictos entre distintas motivaciones. La realidad de hoy día es la de que los pacientes supuestamente “neuróticos”, para cuyo tratamiento fueron ideadas la teoría y la terapéutica psicoanalítica, raramente son vistos en la clínica, y quienes acuden a nuestros consultorios son personas que se quejan de vacío interior, de falta de sentido de su vida, de dificultades en la relación con los otros, de baja autoestima generalmente disimulada por narcisistas actitudes de grandeza, etc., es decir, personas con un *self* deficitario. Puede plantearse el asunto de si verdaderamente estos pacientes “neuróticos” han existido nunca, o si una visión parcial y sesgada por la teoría del Complejo de Edipo universal propició esta apariencia, pero este es un asunto demasiado intrincado para discutirlo aquí¹.

4. El substrato del déficit psíquico.

Como hemos visto, el concepto de déficit psíquico va unido, indisolublemente, a la idea de un conflicto relacional, por insuficiencia de las necesarias aportaciones en las primeras etapas de la vida. Pero desde hace unas dos décadas sabemos algo más que esto. Gracias a las investigaciones sobre los diversos sistemas de memoria, los cuales han llevado al descubrimiento de la memoria de procedimiento no declarativa y del inconsciente de procedimiento no reprimido, de los estudios sobre las relaciones niño – padres y de la neurociencia cognitiva, conocemos el substrato psicológico y cerebral que mantiene crónicamente un *self* deficitario y con escasas posibilidades de cambio. Y creo que es necesario este conocimiento para poder adaptar mejor, como luego veremos, nuestras estrategias terapéuticas.

¹ La opinión más generalizada dentro del psicoanálisis relacional, es la de que la etapa edípica sólo constituye un “conflicto”, cuando existen una malas relaciones niño – padres.

En la actualidad sabemos, gracias a los detallados estudios del comportamiento de los bebés, que, a través de las regularidades con sus cuidadores, los seres humanos, desde el momento mismo de su nacimiento, captan las situaciones y las reacciones de los otros para conseguir la mejor satisfacción de sus necesidades y evitar el dolor y el displacer. Es decir, emplean, de una manera intuitiva, lo que denominamos “estrategias heurísticas”, que son los procedimientos utilizados para resolver un problema o conseguir un objetivo. Estas estrategias, que se inician en la infancia, pero que continúan durante el resto de la vida, tienen una finalidad adaptativa en un determinado y específico contexto y, de acuerdo con su éxito, pueden quedar fijadas y repetirse en otros contextos en los que no representan, ni de lejos, la mejor solución, resultando entonces “desadaptativas”. En los niños, estas estrategias se desarrollan inconscientemente, tal como también sucede con los adultos, y llegan a tener más fuerza que las que posteriormente son aprendidas y formuladas. Estas pautas de adaptación relacional quedan inscritas en la memoria de procedimiento constituyendo lo que hoy en día se conoce ampliamente con el nombre de *conocimiento relacional implícito* (Stern, D. y BPCSG., 1998), formado por un equipo de pautas relacionales que se desencadenan, de manera inconsciente y prerreflexiva en la gran mayoría de casos, ante cada situación específica.

Lo que acabo de exponer ha dado lugar a que muchos autores hablen de una peculiar manera, inscrita y fijada en la mente de cada sujeto, de dar sentido a las experiencias que se van sucediendo, con una incoercible tendencia a que cada una de ellas confirme las expectativas con las que ha sido recibida. Diversos autores emplean diferentes nombres para caracterizar esta pauta relacional: Fosshage, *modelo mental implícito* o *esquemas mentales* (2005); Orange, Atwood y Stolorow, *principios organizadores* (1997); Lichtenberg, Lachmann i Fosshage *representaciones generalizadas de interacciones* (2002), etc.

Una vez fijadas estas pautas relacionales, si las experiencias del niño con sus cuidadores, en la primera y segunda infancia, no alcanzan un grado de gratificación suficiente de sus necesidades, tanto fisiológicas como emocionales, las pautas que en su momento fueron útiles para alcanzar, sino una mayor satisfacción por lo menos evitar un mayor dolor, maltrato, rechazo, etc., se repetirán incansablemente a lo largo de la vida, sin que los repetidos fracasos, frustraciones y sufrimientos que ocasionan sirvan para modificarlas. Y la neurociencia nos ha ensanchado considerablemente nuestra comprensión del por qué de esta resistencia al cambio: porque cuando un comportamiento tiene éxito, aunque sea únicamente en el sentido de evitar sufrimiento, esta “recompensa” pone en marcha los circuitos cerebrales dopaminérgicos y se produce una liberación de dopamina, y una vez se

ha establecido el condicionamiento se libera dopamina cuando el cerebro anticipa recompensa aun cuando esta no se produzca. Y como la dopamina es adictiva, se produce una adicción espontánea a las pautas relacionales que provocan la liberación de dopamina, aunque una y otra vez conduzcan al fracaso y a un mayor sufrimiento².

Pero todavía comprendemos más las dificultades para modificar las emociones y las pautas relacionales con los otros y con uno mismo, para cambiar el comportamiento desadaptativo, para utilizar los recursos psíquicos disponibles, para encontrar otras alternativas, etc., es decir, para estabilizar, dar mayor coherencia y armonizar los diversos aspectos del self, si nos atenemos a una reciente aportación de la neurociencia: el conocimiento de la *plasticidad cerebral*. La plasticidad es aquello que capacita al cerebro para registrar de manera duradera la información, externa o interna, que le llega, dando lugar a que las experiencias vividas dejen una marca indeleble en los circuitos neuronales. Esta función de plasticidad tiene lugar en las zonas en la que las neuronas transmiten la información de unas a otras, es decir, en las sinapsis químicas; las sinapsis eléctricas no parecen tener esta capacidad. En el curso de esta transmisión se crean nuevas sinapsis, se refuerzan y amplifican unas y se debilitan otras por falta de actividad. Desde esta perspectiva que nos ofrece la plasticidad cerebral podemos ir más allá de las ideas habituales acerca de la interacción entre naturaleza y cultura o, dicho de una forma más actual, entre genética e influencia ambiental. El ambiente – educación, relaciones familiares, cultura, aprendizajes, etc. – interacciona con el determinismo genético de cada sujeto modulando su expresión, ya sea, canalizándolo en una u otra dirección, facilitándolo, inhibiéndolo, etc., Pero ahora sabemos que hay mucho más que esta interacción ambiental con el determinismo genético, porque en virtud de la plasticidad del cerebro las influencias ambientales “marcan” la materia cerebral; por tanto, crean un nuevo determinismo somático, aunque adquirido, que confluye con el determinismo genético. De manera que esta plasticidad nos pone de relieve que las experiencias de insuficiencia en cuanto a las necesidades de amor, confianza, estabilidad, protección, comunicación, etc., que ha vivido el individuo en su etapa de evolución, así como las respuestas a que han dado lugar, quedan inscritas en sus circuitos neuronales y se repiten hasta que nuevas experiencias relacionales – y no nuevos conocimientos ofrecidos a través de las interpretaciones- puedan

² Y esta repetición incansable es lo que en el psicoanálisis clásico se conoce con el nombre de “resistencias”, las cuales se atribuyen a una lucha del paciente contra el analista que se esfuerza por dar a conocer la verdad dolorosa que se esconde en su mente; o al temor a depender del analista; o a la envidia por la capacidad de éste; o a la agresividad, etc.

dar lugar a nuevos circuitos neuronales(Solms, M. y Turbull, O., 2004; Olds, D., 2006; Gallese, C., Eagle, M. y Migone O., 2007;Pally, R., 2007).

5.Abordaje terapéutico.

Quiero señalar, ante todo, que juzgo que la relación como agente curativo es la base sobre la que descansa toda posibilidad de ayudar a un paciente, sea del tipo que sea. Aunque no es el tema de ese trabajo entrar en el debate que desde hace ya muchos años invade la literatura psicoanalítica respecto al papel que corresponde a la relación y a la interpretación respectivamente, quiero señalar que, para mí, la cuestión se halla totalmente zanjada, porque toda interpretación es un acto de relación, y solo en virtud de esta cualidad tiene una eficacia terapéutica (Beà, P. y Coderch, J., 1998). Aquí deseo centrarme en los pacientes con grave déficit estructural. Porque en estos es indispensable, para obtener algún cambio, que esta relación sea *en sí misma esencialmente* terapéutica, porque son pacientes cuyas dificultades han sido originadas por un conflicto relacional externo, y sólo una apropiada relación con el terapeuta conseguirá obtener una modificación de su estado psíquico. Los sujetos con grave déficit, aunque con mucha frecuencia parecen satisfactoriamente adaptados en su vida convencional, presentan un grado importante de deestructuración, sentimientos de vacío y carencia en su mundo interno, y lo que nos piden es ser escuchados, queridos, acompañados, acogidos y valorados. En su mundo interno rige un modo de funcionamiento primitivo para el que no hay una separación clara entre el *self* y el objeto, y en su relación con el terapeuta, debida a la inevitable regresión producida por el marco terapéutico, se reactivan las necesidades básicas, y este otro, el terapeuta, es percibido únicamente como alguien, que ha de satisfacer, ante todo y por encima de todo, sus necesidades emocionales. En este nivel interno la capacidad simbólica se halla muy disminuida, y esto hace que no sólo no puedan asimilar las interpretaciones de contenido simbólico, sino que, además, sienten las sienten como una auténtica herida, como un rechazo del terapeuta hacia ellos, como una forma de establecer una distancia cuando ellos demandan lo contrario, cuando piden que el terapeuta se acerque a ellos y llene su vacío interno (Bassols, R.y Coderch, J., 1989). Hasta que, después de largo tiempo, no se haya obtenido una modificación significativa, las interpretaciones clásicas en el sentido de explicar desde fuera algo de la mente del paciente que este ignora (Coderch, J., 1995) no sirven más que para retraumatizarle y exacerbar sus quejas y peticiones.

Siendo así las cosas, la verdadera tarea del terapeuta debe ser lograr la colaboración del paciente para construir una relación, como he dicho antes, que sea terapéutica en si misma, ante una situación en la que las interpretaciones son inútiles cuando no perjudiciales.

La psicoterapia psicoanalítica tiene tanto de arte como de ciencia, y de la misma manera que la obra artística no surge de un conjunto de reglas técnicas sino de la sensibilidad del artista, lo mismo puede decirse de un proceso terapéutico, y, más aun, de la posibilidad de crear una relación específicamente terapéutica. Lo cual, como es natural, no implica que no puedan tener lugar unas consideraciones generales acerca las características fundamentales de este tipo de relación, imprescindible para tratar a los pacientes con déficit estructural.

A mi entender, la llamada “distancia analítica”, o sea una actitud de reserva, frialdad, ausencia de cualquier expresión de sentimientos de simpatía, imperturbabilidad sea cual sea la comunicación del paciente, prosodia inexpresiva, etc., todo lo cual en el psicoanálisis clásico se ha juzgado siempre importante para favorecer el desarrollo de la transferencia³, constituye un grave impedimento para una comunicación empática y mutuamente comprensiva, por tanto, para la creación de una relación esencialmente terapéutica. Por el contrario, el ambiente de cada sesión, para lograr su eficacia terapéutica, debe transcurrir en un marco de confianza, cercanía, libertad, ausencia de autoritarismo y valoración de las asociaciones e ideas del paciente no como simples “distorsiones transferenciales”, sino como aportaciones útiles y tan válidas como las del terapeuta. Forma parte de esta situación que estoy describiendo el alejamiento de un *setting* inamovible y válido para todos los pacientes y, por el contrario, mantener una flexibilidad que permita crear un *setting* individualizado para cada paciente. A continuación, intentaré detallar un poco más los rasgos y matices principales de la relación esencialmente terapéutica.

5.1. El terapeuta como un objeto bueno

Una de las normas que con más ahínco se ha inculcado a los estudiantes de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, desde hace muchas décadas, es la de no aparecer ante el paciente como un “objeto bueno”. Yo pienso que la rigidez de la relación analítica clásica a la que antes me he referido es debida, en gran parte, al cuidado por no quebrantar dicha norma, ya que, a partir de las ideas de Strachey (1934)⁴ se ha creído que ello provoca la

³ Para una mejor comprensión, me interesa hacer notar que no comparto en absoluto el concepto clásico de transferencia como la exclusiva repetición en la figura del analista de las fantasías e impulsos dirigidos a los primeros objetos de la infancia. Esta visión de la transferencia se halla largamente desacreditada por la investigación neurocientífica sobre los sistemas de memoria, la psicología cognitiva y la misma experiencia clínica. Aunque no sea motivo de este trabajo centrarme largamente en este punto, quiero señalar que, para mi, aquello a lo nos hemos acostumbrado a llamar transferencia, consiste en la manera como el paciente organiza la situación terapéutica de acuerdo con el conjunto de todas sus experiencias, conocimientos, aprendizajes y motivaciones, tanto conscientes como inconscientes, y tanto los que se hallan en su inconsciente reprimido como en su inconsciente de procedimiento no reprimido (Coderch, J, 2006).

⁴ En 1934 J.Strachey, el traductor al inglés de las obras de Freud, publicó un trabajo advirtiendo que el analista, para evitar ser confundido con los objetos internos, debía alejarse de mostrar su realidad tanto como sea posible, a fin de mantener su idoneidad para formular las interpretaciones como tal analista, y ser internalizado como un supeyo benévolo diferente de

los objetos internos. Esto, según Strachey, es lo que permite que las interpretaciones tengan un efecto que él llamó “mutativo”, es decir, que muten, o modifiquen la estructura psíquica del analizado. Ahora sabemos que, influido por la ciencia positivista de su época, Strachey todavía creía en la observación pura y no podía saber que toda observación está cargada de teoría. Además, en los treinta del pasado siglo todavía se sostenía la ilusionada creencia de que el analista “perfectamente analizado”, podría presentarse ante el paciente como una límpida pantalla que únicamente reflejaría lo que el paciente le proyectaba. Hoy día sabemos que esto no es posible y que todo analista tiene sus propias ansiedades, defensas, puntos ciegos, etc., y su propia personalidad, y sabemos que, afortunadamente, no puede ser una pantalla en blanco. Tampoco había llegado a consolidarse la experiencia clínica para haber podido captar que todos los esfuerzos de un terapeuta son baldíos, y que cuanto más se esfuerza por ocultar esta realidad más se muestra a través de este intento.

confusión del terapeuta con los objetos internos, sobre la base de la realidad de sí mismo que el terapeuta ofrece al comportarse como un objeto bueno: muestras de simpatía, disponibilidad flexible más allá de lo concertado en el pacto terapéutico, expresiones de afecto, interés o preocupación por la realidad externa del paciente, algún tipo de respuesta a las preguntas, no seguir estrictamente la regla del absoluto anonimato, etc. Se ha juzgado que esta actitud “contamina” la transferencia y hace imposible su análisis. En la actualidad, dentro del psicoanálisis moderno, transmutado progresivamente en psicoanálisis relacional y alejado de la teoría de las pulsiones⁵ que sigue manteniendo el psicoanálisis clásico, la advertencia de Fairbairn que he citado antes, acerca de la necesidad de que el analista sea percibido como un objeto bueno se encuentra totalmente aceptada. En las relaciones humanas, la neutralidad es una entelequia y el “otro” indiferente, desinteresado y distante es percibido como hostil. Creo que, en la relación terapéutica, fatalmente el terapeuta es percibido por el paciente como un objeto bueno o como un objeto malo, y me parece que, dado el caso, la elección no es dudosa. Me parecen convenientes, por tanto, algunos comentarios sobre lo que puede entenderse por objeto bueno en la relación terapéutica.

Tengo la seguridad de que al decir “objeto bueno” el lector ya entiende que no se trata de un objeto magnífico, impresionante, portador de todas las soluciones ni, mucho menos, idealizado, aunque esto último es difícil de evitar en muchos momentos del tratamiento, ni que su función se centre en dar al paciente muestra de bondad y afecto. El objeto bueno es un

⁵ Con la teoría de las dos pulsiones Freud trató de fundamentar el psicoanálisis en la neurobiología, pero el concepto freudiano de pulsión se basaba, a su vez, en la existencia de una supuesta “energía psíquica” que la neurociencia actual se ha encargado de desmentir, y sin la cual se derrumba esta teoría. El cerebro funciona como un generador de electricidad, y transmite señales eléctricas, no energía. Con el concepto de energía psíquica Freud cayó, sin percatarse y creyendo que anclaba sus ideas en la biología, en una doctrina filosófica denominada “vitalismo”, cuyo rasgo más predominante es, precisamente, la admisión de una “fuerza vital” irreducible a los procesos físico – químicos. El vitalismo da por hecho la presencia de un principio vital sin el cual no podrá explicarse los fenómenos de la vida, tales como el crecimiento, la reproducción, la herencia, etc. El vitalismo, muy en boga en el siglo XIX, fue defendido por filósofos como Bergson y Nietzsche, éste último muy del agrado de Freud.

El psicoanálisis moderno, al igual que la neurociencia cognitiva, habla no de pulsiones, sino de motivaciones o estados motivacionales, los cuales se encuentran basados en los *afectos*. Brevemente, podemos decir que el intento de *regular los afectos*, es decir, de impedir las sensaciones displacenteras e incrementar al máximo las placenteras, es el motor de las acciones humanas, no una inexistente energía psíquica.

terapeuta que se comporta con sencillez y naturalidad, dentro de los parámetros habituales del contexto socio - cultural en el que habitan uno y otro, y no lejos del paciente sino muy al alcance de éste.

Lo que está en mi pensamiento al reflexionar sobre esta cuestión es que el objeto bueno no pretende ser perfecto, sino que admite su falibilidad y está siempre dispuesto a dialogar con el paciente sobre sus posibles errores y limitaciones. No se muestra seguro sobre sus criterios y puntos de vista, sino que los plantea como algo para ser pensado y desarrollado, en un sentido u otro por parte del paciente. Aun partiendo de la realidad, inevitable y reconocida, de que emplea determinadas teorías y pautas prácticas para su función, pone de relieve en sus actos e intervenciones que no se encuentra ligado a tales teorías y experiencias previas, sino que es con el paciente y sus necesidades con quien se encuentra vinculado por encima de todo. Alcanza, dentro de los límites de lo posible, el difícil equilibrio entre guardar vivos en su mente todo lo que sabe del paciente y las experiencias habidas con él y, a la vez, estar dispuesto a considerar cada día al paciente bajo una nueva luz y a cambiar sus propios criterios si es necesario. Se muestra no como alguien que observa al paciente y emite sus juicios sobre éste, sino como un copartícipe en una excitante aventura emocional e intelectual. Concede a los puntos de vista, observaciones y juicios del paciente, especialmente en los referente a la relación terapéutica y al propio terapeuta, el mismo valor que a los suyos, aunque expresa suficiente confianza en si mismo y en la capacidad de tolerancia del interlocutor para señalar a éste las fantasías, ansiedades y deseos inconscientes que pueden estar en el origen de tales juicios y observaciones.

Si examinamos con cuidado las funciones del objeto bueno que he pretendido describir agrandes rasgos en el párrafo anterior, podremos ver que, en realidad, no se trata de características individuales del terapeuta, sino de pautas de relación, de manera que, en un sentido estricto, debemos hablar de un objeto que ofrece este tipo de relación, o, mejor todavía, como sugiere Skolnick (2006), no de un objeto bueno o malo, sino de una buena o mala relación de objeto. Con esto, podemos resumir todos los rasgos y funciones que más arriba he reseñado diciendo que un objeto bueno es, sencillamente, aquel que forma parte de una buena relación de objeto.

5.2. Asimetría e igualitarismo.

Creo que la buena relación terapéutica que funciona como un agente curativo es asimétrica e igualitaria. Es forzosamente asimétrica porque uno es el que pide ayuda y otro el que la ofrece, y uno el que a partir de unos conocimientos teóricos y técnicos aplica una determinada metodología para dispensar la ayuda solicitada y otro el que acepta esta

metodología que desconoce y deposita su confianza en ella. Partiendo de esta asimetría, el papel de cada uno queda firmemente establecido. Ahora bien, esta asimetría puede implantarse de una forma muy radical, como es propio del psicoanálisis clásico, o, simplemente, en el nivel mínimo imprescindible, tal como se lleva a cabo en el psicoanálisis relacional. En la relación como agente terapéutico la asimetría queda establecida en este nivel mínimo para favorecer la relación igualitaria propugnada por el modelo relacional.

Racker (1957) ha sido el autor que primero destacó la importancia de que el proceso psicoanalítico transcurriera dentro de esta doble línea de asimetría e igualitarismo, motivo por el que puede considerarse que fue un verdadero adelantado a su tiempo. El rasgo más específico de la relación igualitaria en la terapéutica psicoanalítica, es que en ella desaparece la distinción enfermo/sano entre paciente y terapeuta. Ciertamente que no se desconoce que algunos pacientes pueden presentar graves trastornos incluso evidentes en la realidad externa, pero en el espacio terapéutico se procede a un trato igualitario de persona a persona, de tal manera que las opiniones, juicios, criterios, etc., de cada uno de los dos protagonistas son evaluados con el mismo respeto y atención, cuidando de que no sea ningún principio de autoridad la causa de que unos prevalezcan sobre otros, sino que sean los indicios significativos y la concatenación de asociaciones aquello que induzca a otorgar un determinado sentido a una asociación, una imagen, un comportamiento o un *enactment*. Para que esto sea posible, es imprescindible que paciente y terapeuta se sientan suficientemente comprometidos en una tarea de investigación mutuamente compartida, y esto no se alcanza si la separación de funciones es excesiva.

5.4. La creación de la propia subjetividad a través del reconocimiento de la subjetividad del otro.

En una relación que funciona como agente terapéutico, al unísono de la libertad con la que el paciente piensa y siente el terapeuta, con sus intervenciones, devuelve al primero la información que ha recibido acerca de su subjetividad, para que la entienda como suya y pueda integrarla para el reconocimiento de la propia subjetividad. Porque, tanto si hablamos del *self* como de experiencia subjetiva, para este reconocimiento de la propia subjetividad es necesario el reconocimiento del otro – de la madre en la infancia, y del terapeuta en el análisis – no únicamente como un objeto de percepción, sino como un *self* separado y equivalente, y este proceso es imprescindible para que el *self* pueda experimentar en presencia del otro la propia subjetividad, de manera que el sujeto llega a percibir que él “es” gracias al reconocimiento de la alteridad del otro (Benjamín, J., 1998, 1995; Coderch, J., 2001).

5.5. El carácter afirmativo de las intervenciones del terapeuta.

Ya me he referido al sentimiento de rechazo que las intervenciones en la forma clásica de “interpretaciones” del inconsciente provocan en los pacientes con déficit estructural importante. En cualquier clase de pacientes y en cualquier modelo de trabajo analítico, las intervenciones del terapeuta han de ser extremadamente cuidadosas, ya se trate de interpretaciones o de clarificaciones, confrontaciones, cuestionamientos, etc., huyendo de toda clase de autoritarismo, de certeza absoluta y de imposición de la “verdad”. En mi opinión, todo aquello que el terapeuta quiere aportar ha de ser presentado como una hipótesis a compartir, para que del diálogo acerca de la información propuesta surja una reflexión que promueva el crecimiento del paciente (Coderch, J., 1990, 1995). Ahora bien, en los pacientes de que estoy tratando es necesario atender todavía más a estas medidas y, además de las características ya señaladas, tener en cuenta su gran vulnerabilidad y la facilidad con que se sienten heridos, porque ellos piden, antes que nada, ser aceptados y amados, y viven intensamente todas las palabras del terapeuta como prueba de aceptación y amor, o, por el contrario, de menosprecio, frecuentemente más por la manera y el contexto en que son formuladas que por el contenido semántico de las mismas.

En el sentido que acabo de señalar, creo muy importantes las indicaciones de Killingmo (1989, 1995), que yo he incorporado plenamente en mi trabajo, acerca de que las intervenciones dirigidas a los pacientes con déficit psíquico importante han de poseer un carácter que él denomina *afirmativo*. Según este autor, el carácter afirmativo comprende: el elemento de existencia, el elemento de relación, el elemento de valor, y el elemento de validez de la experiencia. Siguiendo estas ideas de Killingmo, yo intento incorporar a mis intervenciones alguno de los siguientes sentidos: a) que el carácter subjetivo de la experiencia que está viviendo el paciente puede ser entendido por otra persona; b) que su experiencia es real; c) que sus sentimientos tienen alguna razón de ser, una motivación que los explique; d) que frente a algún tipo de comportamiento, éste es comprensible teniendo en cuenta las circunstancias que lo motivaron; e) que el paciente pensó que aquel tipo de comportamiento o respuesta emocional era lo más adecuado en aquel momento, y e) que algo que le provoca ansiedad es algo que, verdaderamente, provoca ansiedad. La incorporación de estos elementos en las intervenciones, sean las que sean, tiene como finalidad principal el fortalecimiento y cohesión de un *self* fragmentado y desorganizado, y, por tanto, la creación de una atmósfera de seguridad y confianza. Debe tenerse en cuenta que el carácter afirmativo de una intervención no excluye que, a la vez, pueda ser una intervención afirmativa, lo cual incrementa su utilidad.

Conclusiones.

Como he dicho al inicio, la relación paciente – terapeuta como agente curativo en si misma es, para mí, la única forma de abordar con éxito a los pacientes con déficit estructural intenso, tales como las personalidades narcisistas y los pacientes fronterizos, pero la creación de una relación que sea terapéutica en si misma es lo mejor que puede ofrecerse a todos los pacientes. Esta forma de relación es la que constituye la base para la comprensión y el tratamiento de los pacientes desde la perspectiva del psicoanálisis relacional. A fin de cuentas, la existencia de déficit psíquico y de los trastornos de la evolución en la infancia no sólo es detectada en la clínica, sino que también es puesta de relieve a través de la observación detallada de las relaciones entre los niños y sus padres. Así mismo, la neurociencia pone de relieve que el inmaduro cerebro del bebé construye los circuitos neuronales, que forjarán la mente para el resto de la vida, a través de las relaciones con los padres y personas del entorno. Es por ello que juzgo que el modelo relacional es el futuro del psicoanálisis.

BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, M. (1968): *Teh Basic Fault*, Londres: Tavistock
- BASSOLS, R. y CODERCH, J. (1989) : “ La intolerancia a la interpretación en pacientes con una organización narcisista grave”, *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, vol.I: 153-152.
- BEÀ, P. y CODERCH, J. (1998): “La interpretación: violencia y experiencia”, *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, vol.V: 35-59.
- BENJAMÍN, J. (1995): *Like Subjects, Love Objects*, Yale: Yale Univ. Press.
- BENJAMÍN, J. (1998): *Los Lazos de Amor*, Barcelona: Paidós
- BOWLBY, J. (1973): *Attachament and Loss*, vol.2, Nueva York. Basic Books.
- CODERCH, J. (1990): *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (1995): *La Interpretación en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (2001): *La Relación Paiente – Terapeuta*, Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer - Paidós
- CODERCH, J. (2006): *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.

- FAIRBAIRN, R. (1943): "La represión y el retorno de los malos objetos", en *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*, Buenos Aires, Paidós, pp.69-86 (1978).
- FERENCZI, S.(1929): "Principios de relajación y neocatarsis", en *Obras Completas*, vol. 4: 91-108, Madrid: Espasa-Calpe.
- FERENCZI, S.(1931): "Análisis de Niños con los Adultos", en *Obras Completas*, vol. 4: 109-124.
- FOSSHAGE, J.(2005): "The explicit and implicit domains in psychoanalytic change", *Psychoanalytic Inquiry*, 25: 516-539.
- GALLESE, V., EAGLE, M. y MIGONE, O. (2007) "Intentional attunement. Mirror neurones and neural underpinning of interpersonal relations", *J.Amer. Psychoanal. Assn.*, 54: 131-175.
- KILLINGMO, H.(1989): "Conflicto y déficit.: implicaciones para la técnica", *Libro Anual del Psicoanálisis*, vol.15: 112-126.
- KILLINGMO, H. (1995): "Affirmation in Psychoanalysis", *Int.J. Psychoanal.*, 76: 503-518.
- KOHUT, H. (1971): *Analysis of the Self*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- KOHUT, H. (1977): *The Restoration of the Self*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- KOHUT, H.(1984): *How does Analysis Cure?*, Chicago: Univ. Press.
- LINCHTENBERG, J, LACHMANN, F. y FOSSHAGE, J. (2002): *A Spirit of Inquiry*
- MISSIM MOMIGLIANO, L. (1987): "A spell in Viena- but was Freud a freudian?". *The Int. Rev. of Psycho-Anal.*, 14: 373-390.
- OLDS, D. (2006): "Identificación: Analytic & biological views", *Amer. Psychoanal. Assn.*, 54: 17-46.
- ORANGE, M., ATWOOD,G., y STOLOROW, R.(1997): *Working Intersubjectively*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- PALLY, R. (2007): "The predictive brain", *Int. J. Psychoanal.*, 88: 861-882.
- RACKER, H.(1957): *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós (1969)
- SKOLNICK, N. (2006): "Wat's a good objecto to do?", *Psychoanal.Dial.*, 16: 1-27.
- SOLMS, M. y TURNBULL, O. (2004): *The Brain and the Inner World*, Londres: Karnac
- STERN,D. y BPCSG (1998 : "Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica", *Libro Anual de Psicoanálisis*, vol.XIV: 2007-2015 (2000).
- SULLIVAN, H.(1940): *Estudios Clínicos de Psiquiatría*, Buenos Aires: Ed. Psique (1963).
- SULLIVAN, H. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychanalysis*, Nueva York: Norton.
- WINNICOTT, D. (1965): *The Maturational Process and the Facilitating Enviroment*, Londres: Hogarth Press.

(*)

Joan Coderch es Doctor en Medicina y miembro titular con funciones didácticas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (S.E.P.) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Ha sido profesor numerario de psiquiatría de la Universidad de Barcelona y ha trabajado en la sanidad municipal de esa ciudad en el campo de la psiquiatría y de la psicogerontología. Además de escribir numerosos artículos en revistas especializadas en psiquiatría y psicoanálisis, es autor de los libros *Psiquiatría Dinámica*, *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*, *La interpretación en Psicoanálisis* y *La Relación Paciente-Terapeuta*. En la actualidad es docente en la Fundació Vidal i Barraquer, (Universitat Ramon Llull) y en la S.E.P.

Joan Coderch

C.Balmes, 317, 1º-2ª

08006 Barcelona

E-mail: 2897jcs@comb.cat

Tel. 34 93 3003740