

A thick dark blue vertical bar is positioned on the left side of the page. From its base, several thin, light blue lines curve upwards and outwards, creating an abstract, organic shape.

TIF

TRABAJO INTEGRADOR FINAL.
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS

Analista en formación: Lic. Nadina Camus.

Tutora: Lic. Eliana Tomaszewski

Año: 2020

Índice

1. <i>Introducción</i>	<i>Pág. 3</i>
2. <i>Psicoanálisis</i>	<i>Pág. 4</i>
3. <i>Psicoterapia psicoanalítica.</i>	<i>Pág. 11</i>
4. <i>“El oro del psicoanálisis y el cobre de la psicoterapia”.</i>	<i>Pág. 15</i>
5. <i>Caso Luciana.</i>	<i>Pág. 17</i>
6. <i>Proceso analítico.</i>	<i>Pág. 22</i>
7. <i>Conclusiones.</i>	<i>Pág. 37</i>
8. <i>Bibliografía.</i>	<i>Pág. 40</i>

“Reflexiones acerca del oro del psicoanálisis”.

1) Introducción

Al momento de realizar en mi trabajo final dude sobre qué tema iba a elegir. Durante los años que transité la especialización tuve distintas ideas, pero ninguna sostenida en el tiempo.

Luego pensé: ¿Qué mejor que escribir sobre el proceso de especialización? De ahí surgió un segundo interrogante: ¿De qué forma podría hacerlo? Tal vez reflexionando sobre nuestra difícil tarea de ir formándonos, con vistas de alcanzar nuestro ideal, lo que Freud llamo el “oro del psicoanálisis”.

Con el objeto de poder ampliar el concepto de Freud: “El oro del psicoanálisis y cobre de la psicoterapia”, emprendí la búsqueda de fuentes de información bibliográfica sobre autores psicoanalíticos que han teorizado sobre el tema.

Mi trabajo será teórico- clínico, partiré de citas bibliográficas y luego haré una descripción del tratamiento con una paciente que comenzó a venir a consulta ocho años atrás, con el fin de profundizar acerca de conceptos teóricos psicoanalíticos.

Finalizaré mi trabajo con conclusiones acerca de los cuestionamientos que me fueron surgiendo y que fui desarrollando:

¿Encontramos oro solo en el psicoanálisis freudiano ortodoxo? ¿Son efectivas las modificaciones posteriores al método?

“Lo nuevo siempre despertó perplejidad y resistencia”.

Sigmund Freud.

2) Psicoanálisis

Método psicoanalítico clásico: “Se consideraba que para que el tratamiento psicoanalítico tenga amplias posibilidades de éxito, debe reunir el sujeto determinadas condiciones. En primer lugar, debía ser capaz de un estado psíquico normal, pues en período de confusión mental o de depresión melancólica no es posible intentar nada, deberá poseer asimismo un cierto grado de inteligencia normal y un cierto nivel ético”. (Freud 1904. P 1006).

“En su texto “Sobre psicoterapia” Freud elabora esta distinción al mostrar como el análisis no debe ser confundido con el tratamiento sugestivo hipnótico, el cual había utilizado por diez años y que abandona por considerar que tenía varios inconvenientes: solo una parte de los enfermos era hipnotizable, y de otro lado, la técnica sugestiva no se preocupaba por el origen y la significación de los síntomas.

Este abandono favorece el desarrollo del análisis: “La originalidad del método está hecha de los medios de que se priva”, dice Lacan refiriéndose a este asunto. En la técnica hipnótica la palabra es utilizada para hacer la sugestión, pero Freud le da a la palabra una función distinta a la de la sugestión. Dicha función distingue la posición del analista de la del psicoterapeuta, posición que depende de una elección del sujeto, que desde Freud se vislumbra cuando él dice que existiendo varios métodos psicoterapéuticos, él escoge uno: el método analítico. ¿A qué responde esta elección? A un deseo, el de Freud, deseo que funda el psicoanálisis”. (Hernando Alberto Bernal. 2008, p. 2).

“El hombre se aproxima con su obra a la gratificación de sus deseos”.

Sigmund Freud.

Conceptos psicoanalíticos fundamentales:

- Trípode psicoanalítica:

Desde hace más de cien años; la vigencia del trípode en la formación analítica es indispensable, el trípode tal como la llamó abarca el análisis didáctico, supervisión didáctica y por supuesto la teoría.

Un analista debe formarse teóricamente, ha de atravesar un análisis y ha de supervisar sus casos. No como un mandato obligatorio, sino como requerimiento mínimo y ético para analizar a otros.

1. **Formación teórica:** *Como analistas nos formarnos, desde distintas teorías y autores, que nos permite incrementar la confianza en nuestra profesión, a partir del conocimiento de la diversidad de modelos teóricos que emergen de distintas bases empíricas.*
2. **Análisis didáctico:** *Nos permite adquirir insight de nuestras propias configuraciones inconscientes, conocer y profundizar acerca de nuestra psiquis, mecanismos de defensa, para estar advertidos de los funcionamientos predominantes, es una experiencia íntima que permite acceder a contenidos no conscientes. Es el encuentro único en una situación terapéutica, permitirá que aquellos aspectos inaceptables puedan recordarse y finalmente elaborarse.*
3. **Supervisión didáctica:** *Resulta indispensable ya que se presenta material de análisis del paciente bajo el control y guía de supervisores de prolongada trayectoria. Además de comprender el funcionamiento mental del paciente, la supervisión nos permite también advertir puntos*

ciegos posibles en el analista en formación, evitando contaminar y perturbar el material de análisis que el paciente ofrece.

*Antes de finalizar con este punto, me gustaría agregar algo más. Alguna vez escuché una cuarta, **la vida institucional**, es en la que la relación entre colegas nos capitaliza con una riqueza enorme, tanto a nivel profesional como personal.*

*Como sabemos, Freud marcó algunas **reglas técnicas** como fundamentales: Abstinencia y neutralidad, asociación libre, transferencia, encuadre, etc.*

A continuación, las desarrollaré:

- **Abstinencia y neutralidad:**

“Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración”. (Laplanche y Pontalis. 1996, p. 3).

Con abstinencia y neutralidad nos referimos no solo a no satisfacer lo consciente y visible sino también a no satisfacer las pulsiones, complejos inconscientes, transferencias diversas, prohíbe al analista buscar las propias satisfacciones en los tratamientos que conduce. Nos ubica en una situación diferente a otra cualquiera de la vida real ya que debemos escuchar sin hacer

recortes que respondan a expectativas personales. No pondrá en juego nada personal, ni creencias, preferencias, valores éticos o morales, ideología, religión o raza.

La regla de abstinencia es indispensable pues genera las condiciones para que se diseñe el encuadre interno del analista que implica la atención libremente flotante del analista ante el despliegue de los fenómenos transferenciales.

Hernando Alberto Bernal (2008) sostiene que en algún momento de la historia del psicoanálisis se vació de contenido el significado freudiano de neutralidad y abstinencia, quedando reducido a una simple caricatura de un analista con el mismo semblante y hasta la misma ropa en cada sesión. Nada en su obra ni en su práctica nos hace pensar que esto es lo que se espera de la función analítica, lo que sí nos dice es que el análisis debe desplegarse frustrando la demanda. La regla de abstinencia es clara: poner al paciente en cierto nivel de frustración o incomodidad funciona como motor del trabajo.

(Freud, 1914) expresó que sabemos que, al impedir satisfacciones sustitutivas, la transferencia será la vía regia para llegar a destrabar los deseos inconscientes, camino de la elaboración psíquica y no su campo de satisfacción.

Pero ¿Cómo mantenernos neutrales si tomamos posición desde el mismo momento en que elegimos tomar un paciente en análisis, y cada vez que intervenimos o cada vez que somos interpelados en lo personal?

Cumplir estrictamente esta regla implica algunos riesgos: burocratizar la escucha alejándola de la sorpresa y la creatividad, repetir un «modelo» de ser analista más de acuerdo a una pertenencia institucional o una identificación con un modelo ideal que a lo que requiere la clínica.

Aunque la neutralidad es un concepto controversial, hay quien sostiene que la es imposible o incluso no deseable. Implica diferentes conceptos tales como el no tomar partido ante diferentes opciones que plantea el paciente, no focalizar objetivos que alteren la posibilidad de atención flotante. Estas son algunas de las diversas posturas que alejan al analista del rol de consejero o pedagogo. Cabe resaltar que lo central del psicoanálisis se mueve dentro del campo de lo inconsciente.

La neutralidad es una herramienta técnica indispensable para el trabajo interpretativo, aunque de ningún modo excluye la empatía. Según Kernberg (1992) la neutralidad técnica significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intrapsíquicos del paciente, no una falta de calidez. Es bueno saber que esta interferida, amenazada y limitada en forma constante.

Como analistas debemos preguntarnos cuál va siendo nuestra actitud interior hacia el conocimiento y con qué resistencias nos vamos encontrando que debemos transitar, enfrentar y nunca ignorar.

- **Asociación libre:**

“Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea. El método de la asociación libre es un constitutivo de la técnica psicoanalítica. No es posible establecer con precisión la fecha de su descubrimiento, que tuvo lugar progresivamente entre 1892 y 1898 y por varios caminos.

1.º Como muestran los Estudios sobre la histeria {Studien über Hysteria, 1895), la asociación libre surge a partir de métodos pre analíticos de investigación del inconsciente que recurrían a la sugestión y a la concentración

mental del paciente sobre una representación dada; la búsqueda insistente del elemento patógeno cede su puesto a la expresión espontánea del paciente. Los Estudios sobre la histeria ponen en evidencia el papel desempeñado por los pacientes en esta evolución (a).

2.º Paralelamente, Freud utiliza el método de la asociación libre en su autoanálisis y en especial en el análisis de sus sueños. Aquí un elemento del sueño es el que sirve de punto de partida para el descubrimiento de las cadenas asociativas que conducirán a los pensamientos inconscientes del sueño.

3.º Las experiencias de la escuela de Zurich (1) recogen, bajo una perspectiva psicoanalítica, las experiencias antiguas de la escuela de ASOCIACIÓN LIBRE, consistentes en el estudio de las reacciones y de los tiempos de reacción (variables según el estado subjetivo) frente a palabras inductoras. Jung pone en evidencia que las asociaciones que así se producen vienen determinadas por «[...] la totalidad de las ideas relacionadas con un acontecimiento particular dotado de un tinte emocional» (2), totalidad a la que da el nombre de complejo. (Laplanche y Pontalis. 1996, p. 35).*

- **Encuadre**

“La situación analítica puede ser estudiada metodológicamente, siendo el encuadre las constantes del método o técnica, y el proceso al conjunto de variables. Un proceso sólo puede ser investigado cuando se mantienen las mismas constantes (encuadre). Dentro del encuadre incluimos el rol del analista, el conjunto de factores espacio temporales, en la que se incluye el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc. Corresponde más a las estrategias que a la técnica. A Una parte del encuadre comprende el contrato analítico, que es el convenio en que existen dos elementos formales de intercambio recíproco: tiempo y dinero”. (José Bleger 1979, p 1).

- **Transferencia:**

“Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia”. (Laplanche y Pontalis. 1996, p. 439).

Tanto la transferencia, la asociación libre/atención flotante, la abstinencia y el encuadre, son conceptos que, nos hacen pensar en psicoanálisis, aunque ninguno de ellos sirve por separado para establecer un criterio diferencial respecto a la psicoterapia psicoanalítica. La relación entre psicoanálisis-psicoterapia psicoanalítica posee más aproximaciones de las que podemos pensar.

*“Podría decirse del psicoanálisis que si das
el dedo meñique, pronto tendrás toda la mano”.*

Sigmund Freud.

3) Psicoterapia psicoanalítica

En psicoanálisis, como la mayoría de las psicoterapias, utilizan el mismo instrumento: La palabra. La palabra es la principal mediadora del influjo que un hombre pretende ejercer sobre el psiquismo de otro, por eso Freud dice que el tratamiento anímico es el tratamiento médico históricamente más antiguo, ya que el médico se ha apoyado en el peso de la palabra para lograr la curación de las enfermedades. Si el psicoanálisis y las psicoterapias utilizan la palabra, ¿Qué empleo le da cada uno de ellos?”. (Hernando Alberto Bernal. 2008. P. 5).

Del psicoanálisis a la psicoterapia psicoanalítica...

Después de Freud, el psicoanálisis continuó su desarrollo por diversos caminos. Los seguidores ortodoxos de la doctrina Freudiana se ocuparon, sobre todo, de aclarar puntos y conceptos que habían quedado sin resolver.

Con el transcurso del tiempo, otros psicoanalistas pudieron introducir nuevas conceptualizaciones, con la intención de completar, de replantear la teoría, o hacer más efectiva la técnica. Numerosas divergencias se presentaron aunque sin alejarse demasiado de los alineamientos principales del fundador.

Fueron divergencias dentro de la unidad psicoanalítica freudiana. Sin embargo, hay que reconocer que muchas de las direcciones analíticas que siguieron a Freud se acercan a constituir nuevos paradigmas.

Bleichman (1997) sostiene que la ideología psicoanalítica varió desde una perspectiva más psicopatológica destinada a resolver síntomas, hacia un trabajo de mayor profundización en la estructura de la personalidad que posibilita ensanchar perspectivas vitales y aumentar la creatividad del individuo.

También con el paso del tiempo se amplió el espectro de pacientes accesibles a psicoterapias de inspiración psicoanalítica incluyendo psicóticos, narcisistas y fronterizos.

*Ahora bien, desde diferentes autores, **¿Qué sería entonces la psicoterapia psicoanalítica?***

“En cuanto a la denominación psicoterapia psicoanalítica: se llama así a todo procedimiento con fines terapéuticos que esté dirigido a mitigar o resolver padecimientos psíquicos y/o corporales a través de la relación interpersonal entre un terapeuta y un paciente (aunque terapeuta y paciente pueden ser más de uno, claro está). Aquí nos interesan especialmente las psicoterapias verbales y, en particular, las que se conocen como psicoterapias psicoanalíticas o de orientación psicoanalítica”. (E. Braier.2011. p. 11).

Siguiendo esta vez a Laplanche y Pontalis (1996), se trata de una terapia basada en “los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis” (inconsciente, sexualidad infantil, Edipo, represión, transferencia, etc.), en la que no se cumplen, por distintas circunstancias, ciertas condiciones del método y del proceso psicoanalíticos en un sentido más estricto o riguroso.

Continúa... Por lo tanto sostienen que la psicoterapia psicoanalítica sería ya aquella que en 1919, en “Los nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, proponía y avalaba el mismísimo Freud, y que, concebida a partir del empleo de ciertas herramientas técnicas fundamentales del psicoanálisis, admitía la aleación del oro puro del análisis, con el cobre de otros recursos terapéuticos, para pergeñar lo que en ese contexto el inventor del psicoanálisis llamó “psicoterapias para el pueblo”, que consistían en adaptar la técnica a otras condiciones, distintas del encuadre analítico tradicional. Esto se viene haciendo en instituciones asistenciales públicas, por ejemplo, desde hace ya muchos años y en distintos países.

Algunos analistas sostienen que podría llamarse psicoterapia a algunos momentos de los tratamientos cuando la neutralidad y abstinencia del analista se ve comprometida.

Bleger (1971). La abstinencia como vimos, es no darle al paciente satisfacciones directas, es transcurrir en privación, en frustración. Es también una norma ética.

“Podríamos hacer una diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica basada en que esta última se propone, por una parte, unos objetivos más limitados que los del psicoanálisis y, por otra, alcanzarlos en un tiempo más breve.

Podríamos diferenciarlas también por los aspectos formales del procedimiento técnico. Evidentemente que, desde este punto de vista, se pueden diferenciar por la duración, el ritmo semanal de sesiones, la utilización del "cara a cara" o del diván, etc. Pero la realidad es que hay psicoterapias sin límite de duración y también las hay con diván. Instrumentalmente tampoco es fácil diferenciarlas de una forma clara y contundente. Utilizan los mismos instrumentos psicológicos: el setting o encuadre, la comprensión e interpretación de la transferencia y la contratransferencia, etc.”. (Hernando Alberto Bernal. 2008. P. 5).

El psicoanálisis se produce en general más profundamente que la psicoterapia psicoanalítica, pero la realidad es que hay psicoanálisis en los que el proceso psicoanalítico no llega a producirse con suficiente profundidad y en algunas psicoterapias psicoanalíticas puede producirse un verdadero proceso psicoanalítico.

Además, reconocemos la psicoterapia como los momentos donde aparece una técnica más activa, los momentos de la situación donde hay un mayor compromiso afectivo y seguramente es más intensa la sugestión.

Victor Espinosa (1994), sostiene que el psicoanálisis que se encuentra en un extremo, en el que se acentúan al máximo todos los rasgos definitorios del proceso psicoanalítico, y la psicoterapia en el otro extremo, menos estricta en la preservación completa de todos aquellos rasgos.

A lo largo de un tratamiento se alternan la psicoterapia y el psicoanálisis. No son opuestos sino complementos inevitables y muy difíciles de diferenciar en cada sesión. Lo importante es ejercer cada una de manera oportuna.

“El que sabe cómo esperar no necesita hacer concesiones”.

Sigmund Freud.

4) “El oro del psicoanálisis y el cobre de la psicoterapia”.

Freud se refirió al psicoanálisis como valioso y consecuentemente lo asoció con el “oro”, haciendo referencia a la valorización del psicoanálisis clásico sobre la psicoterapia u otras prácticas psicoterapéuticas, cuyo recurso principal es la sugestión, a la cual les asignó el cobre, por ser una práctica menos valiosa.

A partir de esto me propuse realizar una investigación sobre si las variaciones de la técnica en este caso la psicoterapia psicoanalítica compromete o no los pilares del psicoanálisis.

Carlos E. Barredo y Miguel Leivi:(2020) también se cuestionaron: ¿Cuál es el oro puro del análisis? A criterio de Freud, es disponer de un procedimiento, de un método terapéutico y de investigación, que permite obtenerlo: "Cuando uno realmente practica psicoanálisis debe hacerse a la idea de considerar de una manera bastante especial el material que el paciente produce obedeciendo la regla".

“En la práctica cabe la posibilidad de que el proceso psicoanalítico no se produzca o se produzca muy limitadamente, aunque la situación sea psicoanalítica. Y a la inversa: también es posible que en una situación psicoterápica llegue a producirse un proceso psicoanalítico siempre que la metodología y el setting sean apropiados y respeten los principios fundamentales del psicoanálisis. (Víctor Hernández Espinosa. 1994, p. 10)

“¿Qué fue lo que permitió que Freud encontrara oro donde nunca nadie había encontrado nada digno de valorar, sino sólo tonterías descartables; sueños, lapsus, palabras, actos insensatos, etc.? Solamente el hecho de haber partido de suponer aún antes de saberlo con certeza que allí había algo valioso que debía ser extraído; ideó en consecuencia un método para producción de mineral en bruto, la libre

asociación, y un método para extraer de él, el metal precioso y la interpretación. (Carlos E. Barredo y Miguel Leivi. 2020, p1).

Eduardo Braier (2001). Expone que en los últimos tiempos hay cosas que han cambiado de tal forma que la vuelven aún más compleja. ¿Cuáles son según él?:

1) El tipo de patología predominante

2) El psicoanálisis mismo: para poder abordar estas patologías, más graves, y también como consecuencia de su propia evolución, el procedimiento ha experimentado cambios y agregados sustanciales, además de la diversidad de escuelas que integran la babel psicoanalítica.

3) No por ser mencionado en último término es menos importante: la sociedad.

En su artículo “La quimera del oro” Carlos Barredo y Miguel Leivi (2020) exponen que el psicoanálisis tradicional en su metodología de tipo artesanal, anticuada, de otra época, debería al parecer se modificada, modernizada, adecuada a los tiempos que corren, a las nuevas condiciones socioeconómicas, a las patologías supuestamente nuevas”.

“La tradición es la excusa de las mentes perezosas que se resisten a adaptarse a los cambios”.

Sigmund Freud

5) Caso Luciana.

En el presente trabajo teórico-clínico, hare una descripción detallada de una parte del proceso psicoanalítico que hemos emprendido hace ocho años atrás junto a una paciente que llamaré Luciana.

Mi intención es ir reflexionando acerca del “oro del psicoanálisis” dentro de mi práctica clínica.

Luciana consulta por primera vez a sus 38 años, me fue derivada por la institución donde realicé mi primer posgrado en psicoanálisis. Estudiaba música y aunque su papá era empresario, ella trabajaba en un supermercado. Se presentaba siempre unos minutos más tarde del horario pactado, con un color distinto de cabello, un día rubio, fucsia, violeta, también rapada.

En la primera entrevista lucía una musculosa de rock, el pelo corto y platinado. En esa oportunidad me acompañaba una psicóloga, quien iba a comenzar a recibir pacientes y hasta ese momento no tenía experiencia. Cuando Luciana llega, antes de presentarnos, lo primero que pregunta es quien de las dos iba a ser su psicóloga, a lo cual respondo que yo y que mi colega participaba solo en la admisión de manera pasiva. Luciana le solicita con amabilidad, que se retire ya que lo que iba a contar era “muy pesado” según sus propias palabras. Trataba de ser amable, pero su ira y su desborde emocional era indisimulable. Al retirarse mi colega, comienza a decir: “Soy una hija de puta”, no paraba de repetirlo y en ese momento comienza a llorar. Muchas ideas se me cruzaban, aunque mi fantasía predominante era: ¿Habrà matado a alguien? ... ocurrencias contratransferenciales

Luciana fue una de mis primeras pacientes, dudaba si iba a poder ayudarla, si estaba preparada, en ese momento me sentía paralizada y muy atenta a lo que tenía para contarme. Opté por silenciarme y escuchar. Sentí que eso era lo que

necesitaba. La paciente provocaba en mi mucha tensión y acaparaba toda mi atención. Decidí expresarle mi disponibilidad y receptividad para lo que ella me quisiera contar.

*En estos casos, como en tantos otros considero de fundamental importancia el **trípode** del que Freud, en ese primer momento yo sentía una gran inseguridad, propia de los primeros años de ejercicio profesional, pero contar con la formación teórica que en ese momento sentí que iba adquiriendo, junto con mi análisis y por supuesto la supervisión, acompañaban mi camino para no sentirme tan insegura.*

*Continúo. La paciente se encontraba con una carga desbordante de angustia, a modo de confesión expresa. “Soy una hija de puta porque en un momento pensé en matar a mis papás” Repetía esta frase incansablemente. A lo cual intervengo preguntando lo siguiente: “Pero no los mataste. ¿Fue solo un deseo?” Me responde que sí, y me mira como si yo no lograra comprenderla, y si, debo confesar que todo me resultaba confuso. ¿Tanta angustia a partir de un deseo? Debí **abstenerme**, sostener la **neutralidad** y no preguntar más. Debía no buscar mi propia satisfacción de hacerle diferenciar la realidad de la fantasía, no todavía, esperar sus tiempos, no cuando aún no estaba establecida la **transferencia**. ¿Que lograría si le hubiese preguntado eso, enojarla, fastidiarla o peor, sentirse incomprendida y creer que no iba a poder ayudarla?*

Tomo a Heinz Kohut (1973) quien sostiene que el terapeuta debe tener en cuenta para pensar sus estrategias de trabajo el grado de diferenciación estructural que se refleja en el material del paciente. Muchas veces el nivel es inadecuado respecto del nivel donde está organizado el núcleo emocional del sujeto. Por lo tanto, deja de ser accesible para el paciente que no puede sacar provecho de la intervención.

El analista debe estar emocionalmente disponible sobre todo con este tipo de pacientes de una alta vulnerabilidad. Debe confirmar la necesidad y el derecho que tiene el paciente de ser confirmado. Brindar comprensión empática y se relaciona con la necesidad más urgente del paciente, la necesidad de sentir q es, q tiene derecho de ser. Estimulación para la construcción de estructuras.

Mi paciente me cuenta que en ese momento había muerto una parte de ella. Comprendí que ella vivía con gran intensidad y de manera persecutoria sus fantasías.

Continúa diciendo: “Crecí con baja autoestima. Siempre me sentí una gorda fea”, de hecho, era gorda.” No salía de mi casa porque no me veía bien ni me sentía linda”. (En ese momento Luciana estaba notablemente por debajo de su peso).

Seguía con su relato, “Durante muchos años estuve encerrada, tuve muchos complejos con mi figura, tenía dudas acerca de mi sexualidad, actualmente vivo con una mujer. Llegué a ir tres veces por semana a la psicóloga, me ayudo la terapia para descargar. Tengo miedo a estar como antes. Tengo respeto total por mis papás, me criaron con mano dura. Nunca pude ganar las peleas con ellos. A los 20 llegué a tener ataques de pánico, quería salir, sufría de claustrofobia. Mis papás me habían alquilado un departamento, pero me sentía sola, aislada. Una noche, me cambio la vida, había discutido con ellos y sentí un ataque de ira, deseé verlos muertos, los quería matar, a los 5 minutos me dio un ataque de pánico, de ahí se apagó una parte de mí, fue muy traumático. Sentía una ira tan fuerte y mucho pánico de ese sentimiento. Si bien fueron muy estrictos no eran las 24 horas malos, días después me habían entregado una carta diciendo que me querían y yo sentía ese odio. A partir de eso me sentí culpable y peligrosa”.

Agrega: “Jamás estuvo en mis posibilidades agredir a nadie, nunca estuvo en mí, estaba asustada de esta ira mía, esto me marcó. Pasaron los años y estuve

en pareja, me dejé querer, ahora me separé hace 10 días, estoy viendo a otra persona. Tengo miedo de mi misma, no sé si algún día me voy a brotar, tengo miedo a ser violenta. Hay algo que me sigue dando vueltas por mi cabeza” (En ese momento tenía ideas intrusas, de manera obsesiva, fantaseaba con matar gente).

“El otro día quería salir a ver a otra chica. Ale (su ex pareja, quien aún vivía con ella) no me dejaba salir y se ponía en la puerta, me sentí encerrada, ahí exploté y le pegué fuerte. No es la primera vez que le pego, ella nunca me levantó la mano. No la podía mirar por culpa”. (Sus peleas se producían con alto grado de agresividad y violencia, los desbordes emocionales por parte de la paciente eran constantes).

Continúa, “Todavía no se bien si me gustan los hombres, las mujeres, mi anterior psicóloga me dijo que me gustaban las mujeres, la verdad no lo sé. Termino pensando a veces en hombres por tener la necesidad física de tener un bebe”.

A raíz de la muerte de un familiar, después de años de luchar contra una dura enfermedad, de quien se sentía muy cercana, su hermana mayor Marisa decidió confesar que había sido abusada durante años por su papá. Luciana concluye en que era demasiado para elaborar psíquicamente, que debía estar con su familia y pensar en privado interrumpiendo las sesiones durante un año.

En ese momento, Luciana se defendía contra la angustia de fragmentación, contra la pérdida de la propia sensación de identidad, que impresionaba como compatible la patología límite. Esto difiere de lo que ocurre en las neurosis donde predomina el conflicto, se defienden contra la angustia relacionada con las pulsiones vinculadas a la problemática edípica. Además, vivía su fantasía como una realidad concreta, como si efectivamente hubiera matado a sus padres y tenía instalada esa idea obsesiva, ya que se le imponía de manera repetitiva, y estereotipada.

Poseía un humor muy inestable y cambios abruptos en su imagen. A lo largo de su vida había padecido anorexia, bulimia, sobrepeso, etc. Ha venido a sesión en ocasiones con cambios bruscos en su aspecto, con el pelo largo, de colores varios o con cortes de pelo extraños, hasta vino rapada. Frente alguna situación que le resultaba insoportable cambiada de manera drástica su aspecto físico.

Había tenido relaciones sexuales casuales, relaciones violentas, otras muy intensas y fugaces. Se sentía atraída por mujeres y de hombres considerándose bisexual. Odiaba o amaba con gran intensidad y se angustiaba sintiéndose muy culpable por tener esos sentimientos tan ambivalentes y desbordantes. Sus relaciones se caracterizaban por ser pasionales, caóticas e inestables, y de tipo protésico como refugio frente a la ansiedad intensa.

En cuanto al setting. Le costaba respetar un encuadre estable. Llegaba tarde, se quedaba dormida y no venía, o decía “Hoy prefiero no decir nada” y hacía silencio en las sesiones. Ha faltado también por estar deprimida y no poder hablar. De hecho, así fue como terminó su tratamiento luego de dos años, al descubrir un abuso sexual en su núcleo más íntimo, dijo que prefería callar y no venir hasta tanto no acomode sus ideas.

“El primer deber del ser humano es soportar la vida”

Sigmund Freud.

6) Proceso analítico

Cuando comencé a atender a Luciana, lo primero que intente fue encontrarle compatibilidad con algún criterio diagnóstico, mire el DSM IV, y toda su sintomatología me haría pensar en un diagnóstico coincidente con una estructura borderline de la personalidad.

¿Qué investigué respecto de esta estructura de personalidad? Paso a desarrollar...

El término borderline aún sufre connotaciones semánticas de indefinición, especialmente por su comparación con dos términos conocidos y definidos como neurosis y psicosis.

Algunos autores creen que borderline define un espectro de enfermedades que se extienden entre ambas.

Yo me inclinaba por considerarla como una entidad distinta con sus propias características, tal como lo considera Gurdenson (1991), para quien la personalidad borderline con una organización muy definida y relativamente estable.

Diagnóstico diferencial

*Descarte la **neurosis** clásica en esta paciente ya que según Sigmund Freud es el resultado de un conflicto entre el individuo y su medio, los síntomas neuróticos resultan de la interacción entre los impulsos instintivos que luchan por manifestarse y las estrategias defensivas. La persona se defiende por medio de mecanismos de represión, además plantea que la etiología común de la enfermedad mental es siempre la frustración, el incumplimiento de deseos infantiles, jamás dominados y que se arraigaron hondamente en la mente del enfermo.*

Además, la neurosis a diferencia del diagnóstico borderline de la personalidad, se caracteriza por una identidad integrada, imágenes contradictorias

del sí mismo y de los demás, integradas en concepciones comprensivas. Cuentan con el mecanismo de represión y defensas de alto nivel. Las defensas protegen al paciente neurótico y al paciente límite de sus conflictos intrapsíquicos, pero con el costo de debilitar en el último el funcionamiento de su yo, reduciendo su capacidad adaptativa y su flexibilidad.

En el caso de los pacientes límites las defensas son primitivas predominando la escisión, la omnipotencia y la desvalorización. Para Otto Kernberg en dichos pacientes predominan estados afectivos relacionados al odio, a la maldad del objeto y esto queda internalizado configurando representaciones de objetos y del sí mismo ligados a afectos negativos.

*No cumplía con los criterios diagnósticos de **psicosis** ya que, si bien presenta un nivel crónico y uniformemente pobre funcionamiento y una tendencia al proceso primario de pensamiento, su criterio de realidad estaba conservado. Solo quería dejar de sufrir. No presentaba idea delirante ni incapacidad para procesar la realidad, tenía capacidad para adquirir consciencia de la situación, no existía al momento del examen actividad delirante ni ideación bizarra.*

*Tomando a Alfredo Panceira (1975), la diferencié de la **esquizoidía**, si bien el mecanismo primario coincidiría ante una falla grave y precoz del individuo adaptativo de la madre medio ambiente. La introyección masiva del medio del fronterizo se diferencia ya que se produce a fin de evitar la pérdida de la vida, fragmentación, derrumbe y la angustia inimaginable.*

El paciente esquizoide impresiona en primer lugar por la impersonalidad en todos sus vínculos. Parece volado, distraído. Y a cuenta de su ruptura o debilitamiento del contacto vital con la realidad, por dar la impresión de cierta inadecuación. Distinto al cuadro de mi paciente donde no se registraba este tipo de aislamiento. En la esquizoidía la diferencia radica en este medio imaginario

introyectado tras la falla grave, temprana, repetitiva, coherente aunque más previsible que en el caso de Luciana, donde no solo es imprevisible sino también caótico y contradictorio.

Además, se diferencia en la transferencia ya que, en los borderline, resulta similar al esquizofrénico por ser precoz, intensa, tenaz y frágil.

*“La inestabilidad afectiva del trastorno límite de la personalidad difiere de la que se registra en el trastorno **ciclotímico** y el **bipolar breve** porque tiende a caracterizarse por una sensación de vacío de larga data y reactividad considerable, es decir oscilaciones del estado de ánimo en respuesta a cambios en el ámbito impersonal, que involucran la ira”. (Kaplan 1997. P. 139). En Luciana su irascibilidad estaba muy presente en ella y en mí también me afectaban e incomodaban contratransferencialmente.*

Es preciso distinguir el trastorno de la personalidad de Luciana con el histriónico por la autodestrucción, sensación de vacío, soledad crónica y interrupciones de las relaciones íntimas que la caracterizan.

Se quejaba de su vacío interior permanentemente. Se sentía sola y no confiaba en ninguno de sus vínculos. Era una paciente que sufría de claustrofobia. Uno de sus motivos de consulta fue que había empezado música y se sentía ahogada en el aula, hasta el punto de dejar su carrera por no poder cursar.

Sus relaciones de pareja eran caóticas, intensas no duraban mucho tiempo. Formaba parejas con ambos sexos, se sentía atraída tanto por hombres y por mujeres, posiblemente como un requerimiento de un objeto al cual aferrarse por la ansiedad persecutoria.

La baja autoestima es frecuente en este tipo de pacientes y ella presentaba serias dificultades para sentirse exitosa en algo. Se definía como expresaba a modo de chiste en sesión “La peor de todas”.

Ciertos temas prefería no tocarlos en sesión, porque le daban vergüenza. Su fantasía podría ser la misma que encontré en el texto de James Grorstein (1977): “Si te digo la verdad: ¿Me seguirás amando?”

Citando a Alfredo Panceira (1975) nuevamente, creemos que poseen un verdadero self oculto, al que no accederemos en la indagación directa, que solo se pondrá en juego en fases avanzadas de un análisis exitoso, un falso self predominante que pasará por verdadero a los ojos del observador.

Otto Kernberg (1976) Le atribuye suma importancia a realizar el diagnóstico clínico ya que este le dará la pauta para lograr diferenciar el psicoanálisis tradicional de la psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica y la psicoterapia psicoanalítica de apoyo.

Definió la psicoterapia psicoanalítica como “la realización del trabajo de interpretación, incluyendo la transferencia en el contexto de un marco de tratamiento de neutralidad técnica limitado únicamente por la necesidad (consecuencia de la realidad del paciente) de resguardar las situaciones inmediatas de la vida del paciente y bloquear los efectos dañinos del acting out de la transferencia).

*Así cada estrategia terapéutica tendrá su indicación. Según sus afirmaciones la **psicoterapia psicoanalítica** está indicada para las neurosis, para las personalidades narcisistas mejor integradas, para la personalidad infantil o para la personalidad histriónica. A la **psicoterapia expresiva** le corresponderá el tratamiento de personalidades paranoides, esquizoides, esquizotípica, sadomasoquista y también para la personalidad borderline. La **psicoterapia de apoyo** sería entonces para la intervención en crisis.*

Diagnostico presuntivo

Concluí que Luciana se caracterizaba por ser una paciente con diagnostico presuntivo **borderline**, paso a detallar el porqué

Por la **falta de constancia del objeto, difusión de la identidad, incapacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos**, es decir, que en la propia evolución de la estructura del yo parece haber predominado la escisión y consecuentemente se observan representaciones del sí mismo y del objeto de naturaleza contradictoria.

Además, encontraba un falso **self facetado**, conformado por múltiples fragmentos autosuficientes que se ponen en juego unos con otros.

La **escisión**, que es el mecanismo por excelencia de esta patología, es un término utilizado por Freud para designar la coexistencia, dentro del yo de dos actitudes psíquica respecto a la realidad exterior en cuanto esta contraria una exigencia pulsión al: una de ella tiene en cuenta la realidad en juego y la sustituye por una producción del deseo. Éstas dos actitudes coexisten sin influir se recíprocamente) (Laplanche 1997. P125)

En cuanto a **difusión de la identidad** (característico del borderline) se define como la incapacidad para autodefinirse en una identidad de manera estable. En relación a esto, la paciente expresaba que cambiaba su estilo, cada vez que sufría un desborde emocional, ha venido con diferentes cortes y color de cabello. Se manejaba en extremos, amaba u odiaba, tenía una cadenita con las dos caras del teatro, la feliz y la triste. Así se presentaba ella, de una manera impredecible. Era una incógnita saber cómo vendría a sesión, tanto física como emocionalmente.

Consideraría oportuno la psicoterapia de expresión para mi paciente ya que es menos sistemática. Si bien es de orientación psicoanalítica difiera del

psicoanálisis clásico ya que implica algunas modificaciones en la técnica, así como menor frecuencia semanal, entrevistas cara a cara, suficiente estructuración terapéutica a fin de evitar la mayor cantidad de situaciones regresivas. Uno de sus objetivos sería poder integrar las representaciones de los aspectos escindidos del sí mismo y del objeto

*Me pregunto: **¿Es indispensable establecer un diagnóstico para poder comenzar a trabajar con esta paciente?** Durante mi formación, me interiorice sobre diferentes concepciones respecto de este tema desde distintos marcos teóricos. Algunos sostienen en establecer psicodiagnósticos de manera indispensable, otras en cambio, no lo creen necesario.*

Desde mi perspectiva, considero que es fundamental ya que de este diagnóstico inicial derivará la orientación hacia el tipo de tratamiento indicado para el paciente, ya que me permite tomar mejor la decisión para recibir tratamiento, de qué tipo y qué objetivos serían los más adecuados a las capacidades de las personas.

*Durante la cursada de uno de los seminarios, nos fue presentado un material que me resultó muy útil para establecer una diferenciación, ya que muchas veces al tener enfrente a un paciente es un referente para poder discriminar que tipo de paciente es. **¿De patología de conflicto o de déficit?***

Siendo déficit nos proponemos no poner el foco en revelar un significado oculto, sino ayudar al yo a experimentar el significado mismo. No en sentir algo más sino principalmente sentir que algo existe, recomendando intervenciones de tipo afirmativas.

*Tomando el texto de Killingmo (1989). **¿Que sería entonces déficit y conflicto?** ¿Cuáles son las características y en que se diferenciarían? Luego continuare con dicho desarrollo.*

Desde el inicio de la clínica psicoanalítica, desde Estudios sobre la histeria (1895), Freud presenta la paradoja del diagnóstico en psicoanálisis. Lo plantea como imprescindible para la indicación de tratamiento psicoanalítico.

Consideré a Luciana dentro del espectro de pacientes no neuróticos, aunque no por eso no analizable. La teoría y la técnica va a ser diferente a las establecidas en la teoría clásica.

Tratamiento

Tomo de André Green (2002) que los no neuróticos no hacen neurosis de transferencia; y segundo, presentan una fijación a traumas psíquicos tempranos, condenados a repetirlos (compulsión de repetición “más allá del principio de placer”) sin poder recordarlos, porque remiten a estadios anteriores a la adquisición del lenguaje.

Esta forma de psicoanálisis distinta a la tradicional, atiende a un inconsciente escindido, antes que al inconsciente reprimido. Puede verse como un abordaje de plena naturaleza psicoanalítica, al que accedemos hoy con un mayor conocimiento de las perturbaciones del narcisismo primitivo y del trauma temprano en particular y frente a pacientes que antes hubiésemos tal vez considerado no analizables...Para algunos se estaría en los límites de la analizabilidad. Para otros, en cambio, ya nos hallaríamos fuera del psicoanálisis y esta sería una extensión del análisis o una psicoterapia psicoanalítica.

¿Y la frecuencia de las sesiones? *Por diferentes motivos y por lo general suele ser bastante menor que antes. En la posmodernidad se torna difícil, que se acepten prácticas de antes habituales. Entretanto, las ansiedades del paciente son otras. No prevalece la angustia de castración sino las angustias de vacío y separación, cuando no la de aniquilamiento. Por tanto, al paciente de hoy hay que*

contenerlo más, frustrarlo menos y muy a menudo efectuar una terapia combinada con psicofármacos”. Eduardo Braier. (2011. P11).

“Y ¿Qué hay de la neutralidad? De la pérdida, temporaria, reglada y deliberada de la neutralidad con los borders hablaba ya Kernberg por los años 80’s. Él mismo, desaconsejaba entre otras cosas, el empleo del diván para este tipo de pacientes, en una de sus habituales visitas a Buenos Aires por esos años, nos decía que en estos casos podría hablarse de psicoanálisis modificado o de psicoterapia psicoanalítica.

Siguiendo con el relato del tratamiento de la paciente...

Me resultaba muy difícil, complejo debido a las transferencias cuya naturaleza era de mucha intensidad. Intensa angustia, intensa ira, intensas demandas, intensos sentimientos amorosos, intensos... El curso era tormentoso, a veces llegaba tarde, o no venía, y podía llegar tranquila aunque también enojada, angustiada, o con un cambio abrupto en su aspecto físico.

Algo que recuerdo, fue que en ese momento mi manera de encarar el tratamiento era algo distinta y a mi entender hoy, en algún punto cuestionable. En la primera sesión puse en aviso a la paciente que para su cura deberíamos atravesar ciertos lugares, oscuros inciertos de manera inevitable, con lo cual, esta paciente incremento sus fantasías paranoides y su angustia. Hoy cuestiono mi proceder condicionando a la paciente a seguir mis indicaciones, este o no preparada, tenga o no tenga recursos.

*No puedo dejar de asociar con el **análisis salvaje y silvestre** del que hablaba Freud incluyendo a aquellas interpretaciones que no encajan en el dispositivo analítico; que no se ciernen al decir del paciente, que no tienen en cuenta la singularidad de lo que allí está en juego.*

En 1910, en el texto citado, Freud define e «psicoanálisis salvaje», fundamentalmente por la «ignorancia», ligado principalmente a la cuestión técnica, por lo que considera que todos aquellos que no tienen una formación técnica y teórica en psicoanálisis, hacen «psicoanálisis silvestre».

Lo que Freud denuncia en este texto no es tanto el no saber, sino la impostura de algunos analistas que hacen uso de su «ciencia» para ejercer un poder.

Cuando Freud escribe este texto es a la vez el año de fundación de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, él decía que tanto el análisis de las defensas como el de la transferencia, podía llegar a hacerse de un modo tan silvestre como el que se hacía del contenido.

Así, terminó diciendo que el análisis salvaje, ya sea sabiendo o ignorando, tenía que ver con resistencias del propio analista, que podía llevar al analista a «imponer» sus interpretaciones, desconociendo el decir singular del paciente.

Hoy me cuestiono mi proceder, sostengo fervientemente manera empática y responsable, no forzando a un paciente a que atravesase ciertos lugares intolerables. No es ese el camino hacia la cura. No obstante, no creo que estemos a salvo de cometer este tipo de errores (análisis salvaje), por más experiencia y responsabilidad profesional que tengamos. Aunque considero que ya el hecho de ser conscientes de ello, nos predispone a mejorar nuestra práctica y rescatarnos de posibles actuaciones contratransferenciales.

Tomando este concepto de contratransferencia... *con esta, me llegaba su “fragilidad en la piel”. Cuidaba cada palabra, cada interpretación que hacía, la sentía muy vulnerable, ya que se frustraba con gran facilidad, abandonando fácilmente lugares y personas, temía en todo momento que, con el análisis, no pase lo mismo.*

Me gustaría sumar un término psicoanalítico más, que puede también distar del psicoanálisis clásico donde se suponía que el analista era una pantalla en blanco susceptible de proyecciones del paciente. ¿Qué es la contratransferencia?

Es el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.

En muy pocos pasajes alude Freud a lo que él llamó la contratransferencia. En ésta Freud ve el resultado de «la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico»

- a) *subraya que «ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas»*

- b) *lo cual tiene como corolario la necesidad del analista de someterse él mismo a un análisis personal. A partir de Freud, la contratransferencia ha merecido una atención creciente por parte de los psicoanalistas, especialmente en la medida en que la cura se ha ido interpretando y describiendo cada vez más como una relación, y también por la extensión del psicoanálisis a nuevos campos (análisis de los niños y de los psicóticos), en los que las reacciones inconscientes del analista pueden ser más estimuladas”. (J Laplanche y J Bertrand Pontalis. 1996, p.84).*

Continúo con el concepto. ¿Que debía hacer entonces con la fragilidad que me trasmitía esta paciente? Citando a Alfredo Panceira (1975), quien en su libro sugiere establecer nexos significativos entre el aquí y el ahora, intentar en la medida que se pueda una interpretación que implique una reconstrucción genética, resistir, sobrevivir.

Algunas reflexiones sobre la técnica...

Según Kernberg la interpretación de la transferencia primitiva de los pacientes borderline lleva en forma gradual a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones totales y, del mismo modo, una transformación de la transferencia primitiva en una más neurótica o avanzada.

“Las transferencias positivas deben utilizarse para la labor terapéutica, pero la idealización primitiva debe tratarse con cuidado, a causa de los procesos de devaluación concomitantes que por lo general están activados en algún otro lado de la vida del paciente. Las transferencias negativas latentes deben detectarse para la planeación estratégica y las negativas manifiestas deben explorarse, clarificarse y reducirse con el examen realista y completo de las fantasías sentimientos y conductas. (Kernberg. 1995, P. 144, 145).

La transferencia fue mayormente positiva durante el análisis, aunque difícilmente podía mantener un rapport cara a cara. Sabía que la transferencia negativa llegaría, si bien luego, nunca con la intensidad que creí.

Otro pensador que se ocupó de estas problemáticas es Kohut. Coincidentemente con Kernberg son intersubjetivistas y teorizadores acerca de las relaciones objetales, se enriquecen con las teorías del self.

Kohut Heinz (1973) a diferencia de los postulados de Kernberg, sitúa a los borderline junto con los psicóticos por tener un núcleo desintegrado, idealización, devaluación e identificación proyectiva masiva, como resultado de una fragmentación permanente o prolongada, debilitamiento o seria distorsión del sí mismo.

En cambio, como ya vimos anteriormente Kernberg los clasifica con una organización estable, específica de la personalidad más que como estados transitorios.

Continuamos con otro autor, Bjorn Killingmo (1989) quien al igual que Kernberg establece diferencias según el nivel de diferenciación estructural involucrada. La transferencia de conflicto hace referencia a la repetición de deseos dirigidas hacia las representaciones del objeto, mientras que la transferencia de déficit hace referencia a la repetición de necesidades dirigidas hacia objetos que no han sido internalizados.

Si pensamos en la técnica y la estrategia terapéutica. Aquí podría nombrar las dos modalidades las cuales tomo para pensar un paciente.

***Patología basada en el conflicto:** la estrategia se basa en el develamiento de significados reprimidos. Tratando de discernir e interpretar los mecanismos de defensas que se anidan en los aspectos del yo inconsciente y así que emerjan los contenidos inconscientes, alianza entre paciente y analista para descubrir esos significados inconscientes vinculados al complejo de Edipo, angustia de castración, etc. Intervenciones de tipo interpretativo, invita a explorar el significado latente. Repetición en transferencia de deseos vinculadas a objetos internos. La estrategia terapéutica es la revelación/interpretación del significado inconsciente.*

A diferencia de dicha patología opté por la estrategia terapéutica de déficit desde Killingmo:

***“En la patología basada en el déficit (Caso Luciana):** el yo ha sido dañado y el resultado es la falta de diferenciación del sí mismo, por ende no se trata de una defensa contra la angustia sino contra la angustia de fragmentación, contra la pérdida de la propia sensación de identidad. La estrategia de la terapia será, en este*

caso, ayudar al yo a experimentar el significado mismo. No se trata de encontrar algo más sino de sentir q algo existe. Intervenciones afirmativas que puedan producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales, corregir y separar las representaciones de sí mismo y de objeto. La perspectiva terapéutica busca: corregir y separar las partes de si- mismo- objeto distorsionadas o difusas, y producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales que todavía no se alcanzaron en la evolución previa; son intervenciones afirmativas, con 4 características:

1) El elemento de existencia,

2) El elemento de relación

3) El elemento de valor

4) El elemento de validez de la experiencia. No siempre incluye a las 4, sino enfatizar uno de ellos”. Killimgmo (1989)

Este es el punto en donde Killimgmo y Kernberg coinciden que para este tipo de patologías no resultaría del todo efectivo el psicoanálisis clásico.

Otto Kernberg considera que trabajar con la familia puede volverse una parte crucial del tratamiento si pondría en riesgo a terceros o su propia vida estableciendo una clara diferencia con la modalidad de tratamiento del propio Freud y sus seguidores ortodoxos. Luciana había tenido un intento de suicidio, unos años atrás, había ingerido pastillas y luego fue hospitalizada, si bien no la consideraba en riesgo al momento de atenderla, a partir de dicho suceso estuve atenta a su reincidencia, por considerarla una paciente actuadora crónica.

Con Luciana la agresividad temprana juega un papel importante y un obstáculo enorme a la hora de intervenir, su debilidad yoica que resultaba incapaz de demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos, así como la ira, la angustia, la ansiedad dificultaban mi tarea. La interpretación era dificultosa, ya que al predominar el mecanismo de escisión se veían actitudes contradictorias, extremadamente buenas por momentos y agresivas por otros. Trataba de cuidar las palabras, y encontrando momentos oportunos donde intervenir, no había reglas predecibles. Luciana era distinta en cada sesión, y se trabajaba también de manera diferente. Su idealización hacia mi figura me provocaba la exigencia de no poder equivocarme y convertirme en una analista desvalorizada.

Su incapacidad para integrar representaciones se traduce en una profunda además consecuentemente en difusión de identidad. Se buscaba una forma de integración y afirmación de la misma y también una afirmación de las relaciones objetales evitando la polarización y sus percepciones en extremos. Buscando integración, coherencia y continuidad ayudando a reconocer y tolerar estados de sentimientos molestos y contradictorios.

Para evitarlo trataba de identificar e interpretar modalidades y patrones de transferencia contratransferencias y ponerlas al servicio de la consciencia.

Resistir, integrar, afirmar y también interpretar, sin memoria ni deseo en eso consistía principalmente mi tarea.

Más más allá de que Luciana podría considerarse como una paciente no analizable según el psicoanálisis clásico, ya que su diagnóstico de patología de déficit imposibilitaría el trabajo psicoanalítico. Pudimos encontrarnos en nuestro espacio analítico y establecer una sólida alianza de trabajo.

Es una paciente más integrada y estable emocionalmente.

Luciana interrumpió recientemente su tratamiento, debido a que fue mamá hace pocos días, luego de siete intentos fallidos.

Según me comentó a través de un mensaje, se encuentra muy feliz y plena con su nueva beba. Y yo me siento muy feliz por ella también, más allá del psicoanálisis tradicional...

*“La ciencia aún no ha producido un tranquilizante tan eficaz
como lo son unas palabras bondadosas”.*

Sigmund Freud.

7) Conclusiones

Solemos encontrarnos en permanente búsqueda de que nuestra práctica sea estrictamente psicoanalítica y así efectiva, pero no podemos pretender practicar psicoanálisis al modo clásico todo el tiempo y eso no implica que nuestra tarea sea menos valiosa. Si llegáramos a creer poder hacerlo sería una utopía y el oro que buscamos en el psicoanálisis nos resultaría inalcanzable.

El psicoanálisis a lo largo del tiempo se fue modificando a causa de varias cuestiones, entre ellas lo fue haciendo a partir de nuevas estrategias terapéuticas acordadas a patologías deficitarias desde la perspectiva de un pensamiento psicoanalítico enriquecido teóricamente por la práctica con dichos pacientes que aún hoy continúa desarrollándose.

Por lo tanto, es muy difícil poder diferenciar de manera tajante la psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha del psicoanálisis. Una sesión de análisis se compone de las dos, dependiendo el momento.

En cuanto al psicoanálisis se acentúan al máximo todos los rasgos definitorios del proceso psicoanalítico, y la psicoterapia, como ya vimos, menos estricta en la preservación completa de todos aquellos rasgos.

Claro que hay diferencias en cuanto a la profundidad del proceso que se ponga en marcha, pero tampoco en estos términos resulta fácil establecer una diferenciación clara.

A partir de este trabajo, intente reflexionar y posteriormente concluir en que las variaciones de la técnica no comprometen los pilares del psicoanálisis.

Tanto la transferencia, la asociación libre, la atención libremente flotante, la neutralidad, el encuadre, transferencial y la contratransferencia, son conceptos que, nos hacen pensar en psicoanálisis, aunque ninguno de ellos sirve por separado para establecer un criterio diferencial respecto a la psicoterapia psicoanalítica.

La relación entre psicoanálisis-psicoterapia psicoanalítica posee más aproximaciones de las que podemos pensar.

Retomando la metáfora de Freud sobre el cobre de la psicoterapia y el oro del psicoanálisis, hay que tener en cuenta que Freud no se refería en aquella época a lo que ahora llamamos psicoterapia psicoanalítica sino a las psicoterapias que ahora llamamos de inspiración psicoanalítica y que son aquellas que el uso de los factores terapéuticos pre-psicoanalíticos basados en sugestión, persuasión, y catarsis, servían como fundamento de la acción terapéutica. De esos conceptos hablaba cuando se refería al “cobre”.

Si bien la psicoterapia es de orientación psicoanalítica implica algunas modificaciones técnicas, así como menor frecuencia semanal, entrevistas cara a cara, suficiente estructuración terapéutica a fin de evitar situaciones regresivas. El encuadre interno está implícito en las reglas fundamentales de asociación libre, de atención flotante y de abstinencia que fueran tempranamente enunciadas por Freud.

El paciente siempre debe estar por delante de cualquier marco teórico incluso por delante de la teoría misma, permitiendo la confluencia de distintas corrientes psicoanalíticas contemporáneas con el fin de resolver posibles dificultades técnicas y teóricas.

Presenté el caso de Luciana, ya que pudo realizar un trabajo profundo de análisis y más allá de apuntar al contenido, la labor psicoanalítica consistió principalmente a afirmar y en desarticular las defensas primitivas, intentando como objetivo integrar dichos aspectos escindidos del yo, principalmente en las primeras etapas de tratamiento, en contraposición con el psicoanálisis clásico, ya que con su diagnóstico presuntivo de patología borderline sería no analizable.

Para finalizar, me pregunto:

¿Hoy en día hay analistas más freudianos que el mismo Freud?

Si Freud hubiera vivido también a lo largo de este siglo, siendo tan transgresor y revolucionario como fue considerado. ¿Hubiera aceptado los cambios? Me animo a pensar que sí y que él mismo los hubiera también generado. ¿Y dónde estaría para él hoy el oro?

Lamentablemente ya no está para responder este interrogante y tantos otros que quedaron inconclusos o que van surgiendo a lo largo de los años, aunque creo que no encontraría oro en el mismo lugar en donde lo suponía en aquella época.

Personalmente creo que las modificaciones que le han sido implementadas a lo largo del tiempo al psicoanálisis lo robustecen científicamente, lo expanden, lo hacen más abarcativo, espontáneo, más adaptado a la subjetividad y realidad actual consecuente resultaría aún más valioso.

Concluyo que cada uno puede descubrir su propia manera de hacer oro en su profesión. Desde mi perspectiva el oro, consiste en lograr establecer una estrecha alianza terapéutica, logrando emerger gradualmente recuerdos inconscientes que han permanecido ocultos, reprimidos y/o también escindidos durante años, y ponerlos a disposición de la consciencia para intentar decidir y pensar sobre ellos.

Sin duda alguna, también ejerciendo nuestra profesión con responsabilidad, ética y empatía. Promoviendo el equilibrio psíquico posible de los pacientes y consecuentemente su bienestar emocional más allá de que el momento dentro de la sesión sea ortodoxamente psicoanalítico o de psicoterapia.

*“En sesión,
todo lo que brilla puede ser oro,
aunque no siempre el oro es el psicoanálisis clásico”.*

Sigmund Freud.

8) Bibliografía

- *BARANGER, M.: “Mala fe, identidad y omnipotencia, Problemas del campo psicoanalítico”, 1969, pp. 118, 121, 126. Ediciones Kargieman.*
- *BARANGER, M.: “Teoría e institución psicoanalítica. La formación psicoanalítica”. (introducción al grupo B), Revista de psicoanálisis, tomo XXVII, Nº 2, año 1970.*
- *BERNAL, H. A. (2008). LA MAGIA DE LA PALABRA: PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA. Poiesis.*
- *BJORN KILLINGMO, O. (1989). “Conflicto y Déficit implicancias para la Técnica” Libro anual de psicoanálisis del Int. J psychoanalysis, vol 70, Londres, 1991.*
- *BLEGER, JOSE (1971) “Temas de psicología, La entrevista psicológica, Ed. Nueva Visión, Bs. Aires.*
- *BLEICHMAN N. (1997). “El psicoanálisis después de Freud”. Ed. Paidós. Buenos Aires. P. 19.*
- *BRAIER, E. (2011). Psicoanálisis y psicoterapia. Revista de psicoanálisis de Guadalajara. Num. 5.*
- *BUENO BELLOSH, M. (1994) Psicoterapia de pareja y de familia. En A. Ávila y J. Poch (comps.) Manual de Técnicas de Psicoterapia. Madrid: Ed. Siglo XXI Bueno Belloch, M. (1997).*

- *CHERVINSKY, N. A. (2002). "Los trastornos alimentarios entre la psicoterapia y el psicoanálisis". Fepal.*
- *COHAN, G. (2017). Neutralidad y abstinencia. Psicoanálisis ayer y hoy, 16. Recuperado de [http://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/neutralidad-y-abstinencia-graciela-cohan/formación analítica](http://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/neutralidad-y-abstinencia-graciela-cohan/formación_analítica).*
- *DEUTSCH, H. (1942) "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia: análisis de los caracteres "como si". Revista de Psicoanálisis Vol 25 N2 Asociación Psicoanalítica Argentina 1968.P.413-431.*
- *DORIA MEDINA ROBERTO ERGUIA. (1997). “Hacia el psicoanálisis y la psicosis”. Lumen. Buenos Aires.*
- *ETCHEGOYEN, H. (1988). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu. Buenos Aires.*
- *FREUD, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras Completas: S. Freud. (Vol.12, pp. 107-120) Buenos Aires. Amorrortu (Trabajo original publicado en 1912).*
- *FREUD, S (1905). “Sobre psicoterapia. Obras completas. S. Freud. Buenos Aires. Amorrortu.*

- *FREUD, S. (1904). “El método psicoanalítico de Freud”. Obras Completas. S. Freud. Tomo VII. Editorial Losada. Buenos Aires.*
- *FREUD, S (1905). “Sobre psicoterapia. Obras completas. S. Freud. Buenos Aires. Amorrortu.*
- *GOLDSTEIN, M. (2004). La formación y el 'trípode freudiano' en la institución. Letra Viva, www.elsigma.com.*
- *Green A. (2002). “La diacronía en psicoanálisis”. Estados Unidos. Amorrortu, (2002).*
- *GRORSTEIN, J. (1984). “Impresiones Clínica sobre un Paciente Borderline”. The borderline syndrome- Section 3: Disorders of autistic safety and symbiotic relatedness. Contemporary Psychoanalysis, 20(2), 266–343.*
- *GURGDENSON, J. G., & Phillips, K. A. (1991). “A current view of the interface between borderline personality disorder and depression”. The American Journal of Psychiatry, 148(8), 967– 975. England.*
- *JEAN LAPLANCHE y JEAN-BERTRAND PONTALIS. (1996). “Diccionario de Psicoanálisis”. Paidós Ibérica, Barcelona.*
- *H. KOHUT E. WOLF “Los trastornos del Self y Su tratamiento”. Rev. APdeBA año 1979 Vol 1.*

- *KERNBERG, O. (1979) “Desordenes fronterizos y narcisismo patológico”. Paidós. Buenos Aires. 2005.*
- *KERNBERG, O. (1997) “Trastorno grave de personalidad”. Estrategias terapéuticas. El manual moderno. México.*
- *KERNBERG, O. (1979) “La teoría de las relaciones objetales”. Paidós. Buenos Aires.*
- *KLEIN, M. (1921) “Amor, Culpa y Reparación”. Obras Completas de Melanie Klein, vol. 1. Ed. Paidós. Buenos Aires, 2008.*
- *LITVAN, M. A. (2005). Actualizaciones en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Revista Uruguaya de psicoanálisis.*
- *LEIVI., C. B. (2020). La quimera del oro. Revista tres al cuatro.*
- *MIRTHA GOLDSTEIN (2004). “La formación y el ‘trípode freudiano en la institución”. El Sigma. Revista Letra Viva. www.elsigma.com*
- *PANCEIRA A. “La Caracteropatía Esquizoide” Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de D. Winnicott Cap. XVII. Ed. Lumen. Bs As. 1997.*
- *ROSENFELD H. (“Psicosis de Transferencia en pacientes borderlines”. Ficha APdeBA.*