

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

FREUD: 150 ANIVERSARIO

Epoca II, Volumen XVI - 2º. trimestre 2005

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

62 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVI - Nº 62 - 2º. trimestre 2005

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 15 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL FERTIL CAMPO PSICOANALÍTICO.	5
Blanca Anguera Domenjó	
FREUD TAMBIÉN QUERÍA SER CIENTÍFICO	17
Mercè Mitjavila	
PSICOANÁLISIS Y NEUROCIENCIA	35
Joan Coderch	
ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS A LA CONCEPCIÓN TEÓRICA Y A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA	53
Neri Daurella	
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA HOY	69
Asunción Soriano Sala	
DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ASISTENCIA PÚBLICA. UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO BREVE A NIÑOS.	81
Jordi Sala	
PSICOANÁLISIS Y ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL O ¿TIENE ALGO QUE VER EL PSICOANÁLISIS CON LA SALUD MENTAL?	93
Maria Teresa Miró Coll	
VICISITUDES EN LA VINCULACION ENTRE PADRES E HIJOS EN ADOPCION INTERNACIONAL	103
Esther Grau Quintana y Rosa Mora Valls	
PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOANÁLISIS PUNTO DE ENCUENTRO	119
Rosa Maria Royo Esqués	
FREUD, LA KÁBALA Y EL PENSAMIENTO JUDÍO CONTEMPORÁNEO.	129
Pere Notó	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
 08080 Barcelona
 Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
 Revista de Psicoterapia
 c/. Francesc Tàrrega, 32-34
 08027 - Barcelona
 Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:
 Nombre:
 Teléfono: Profesión:
 Dirección:
 Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°: _____

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Precio de la suscripción anual para 2005
 Países comunitarios 42 EUR
 Países extracomunitarios .. 70 \$USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:
 Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:
 Código de Cuenta del Cliente:
 Entidad: Oficina: DC: Cuenta:
 Banco/Caja Agencia n°:
 Dirección
 Ciudad D.P.

Fecha y Firma: _____



EDITORIAL

Este número monográfico de la REVISTA DE PSICOTERAPIA está motivado por la conmemoración del 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud (1856), el padre de una nueva forma de aproximarse a los secretos de la mente humana, llamada psicoanálisis, que en su época supuso la introducción de un nuevo paradigma psicológico y científico que dio origen a la posibilidad de la psicoterapia actual.

Abre esta monografía el artículo de Blanca Anguera, a quien se debe la selección de artículos que la componen, en el que resalta las aportaciones centrales del fundador del psicoanálisis, así como la contribución constante por parte de ininidad de autores de orientación psicoanalítica al avance de la psicoterapia y de la asistencia sanitaria como continuidad a la obra de Freud.

Le sigue el trabajo de Mercé Mitjavila, el cual reivindica el espíritu científico que alentó los esfuerzos de Freud en todo sus escritos, a pesar de la inadecuación del método positivista o empírico a su modelo hermenéutico, lo que agudamente justificaba el propio Freud atribuyéndolo a la naturaleza de su objeto de estudio. La tendencia actual es la de tender puentes entre ambos métodos de investigación, dado que los nuevos conocimientos de las neurociencias nos llevan a redescubrir conceptos e intuiciones que ya se hallaban esbozados en la obra de Freud.

Precisamente sobre este particular versa el artículo de Joan Coderch, titulado Psicoanálisis y neurociencia. En él se señalan los enlaces entre ambas disciplinas, quedando absolutamente claro que sólo el desconocimiento puede llevar a creer que neurociencia y psicoanálisis son incompatibles, o, todavía más, como proclaman algunos críticos del psicoanálisis, que los progresos de la neurociencia significan un golpe mortal para el psicoanálisis. La realidad es, tal vez paradójicamente, lo contrario.

Una de las contribuciones más destacadas al ámbito de la medicina teórica y práctica que debe su origen a la incidencia a del psicoanálisis es la medicina psicosomática, la cual permite comprender la transformación del malestar psicológico a través de su expresión somática. El autor señala la importancia de la formación y asistencia a los médicos en su trabajo a través de los grupos Balint, que les permita observar su intervención sobre la enfermedad desde un ángulo más comprensivo.

El artículo de Asunción Soriano presenta una reflexión en relación algunas de las posibilidades de la práctica clínica actual, que partiendo de los postulados psicoanalíticos, ha ido evolucionando y adaptándose a la realidad de los pacientes y sobre todo a la diversidad psicopatológica que acude a la red pública de

salud. Plantea así mismo la necesidad de tratamientos multimodales que aborden coordinadamente las diferentes necesidades del paciente en la patología grave.

En la actualidad el psicoanálisis lleva ya muchos años fuera del reducto del diván para incorporarse al tratamiento más breve y focalizado en diversos ámbitos de la asistencia pública, como pone de relieve el trabajo de Jordi Sala, el cual señala como un ámbito. Para ello el psicoanálisis ha tenido que dar origen a modalidades de terapia breve y focalizada que, manteniendo su inspiración psicoanalítica, permita acercarla a ámbitos inicialmente alejados de este enfoque,

En su artículo Maria Teresa Miró revisa las aportaciones del psicoanálisis a la asistencia pública en Salud Mental. La revisión recoge las contribuciones teóricas sobre la comprensión del funcionamiento mental junto a sus aplicaciones a la práctica clínica, tanto desde el aspecto del estudio de la relación terapeuta-paciente como de las diferentes técnicas psicoterapéuticas que tienen una orientación psicoanalítica.

En el artículo de Esther Grau y Rosa Mora Valls se aborda el tema de las adopciones internacionales, poniendo de manifiesto las dificultades de vinculación que presentan muchos de estos niños, fruto de sus experiencias previas a la adopción, y los recursos personales que los futuros padres deben poner en marcha para repararlas, todo ello desde una perspectiva psicodinámica.

Rosa María Royo considera la relación entre Psicodiagnóstico y Psicoanálisis, su necesidad y beneficios mutuos. El Psicodiagnóstico ha obtenido un marco teórico referencial que se adapta, mejor que el modelo médico-psiquiátrico, a las necesidades del diagnóstico psicológico. El Psicoanálisis, por su lado, se ha beneficiado de una forma de diagnosticar que tiene en cuenta otros parámetros además de los psicopatológicos, –funcionamiento intrapsíquico, mundo emocional y relacional.

En su trabajo Pere Notó trata de mostrar la enorme relevancia de Freud como pensador para el siglo XXI, ciento cincuenta años después de su nacimiento, al tiempo que pone de relieve la tradición cultural proveniente del judaísmo sobre la que se fundamenta su obra. Como muestra de esta influencia en el pensamiento actual el autor hace mención especial a la filosofía de Jacques Derrida.

NOTA EDITORIAL

La necesidad de que este número viera la luz antes de terminar el año conmemorativo nos ha obligado a anticipar su publicación al número doble, anteriormente previsto –62/63– que, aunque con retraso, seguirá en breve. Pedimos disculpas a nuestros lectores por la anomalía, a la vez que esperamos su comprensión. De este modo el presente número 62 se convierte en un número sencillo y el doble pasará a ostentar la numeración 63/64 de la serie.

EL FERTIL CAMPO PSICOANALÍTICO.

Blanca Anguera Domenjó

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Psicoanalista SEP-IPA

Central aspects of psychoanalysis are reported in this article, especially in the field of medical or health services.

Key words: psychoanalysis, psychotherapy, national health services, clinical practice

INTRODUCCION.

En la facultad de Psicología, desde hace unos años damos a leer a los estudiantes de primer curso un texto de S. Freud para comentar y discutir después sus ideas en el aula. Como lamentablemente los medios de comunicación no cesan de dar cuenta de la repetición humana de provocar nuevas situaciones bélicas, el texto que elegimos entre toda su obra es el artículo de 1915 titulado *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. Pues bien, a pesar de los años transcurridos, un comentario reiterado que se escucha en el aula es el de la vigencia del texto. La guerra que hacía pensar y escribir a Freud tenía otro nombre, por supuesto, pero muchas, demasiadas cosas se repiten: las mentiras continuas, las decepciones éticas, la doble moral del poder, el sufrimiento, las defensas y negaciones frente a la muerte, el dolor y las pérdidas, etc. etc.

Frente a un escrito no hay crítico más imparcial, más radical que el tiempo y nos encontramos que un estudiante actual, libre aún de todos los prejuicios académicos sobre S. Freud y el psicoanálisis que va a recibir durante sus años de estudio, queda impactado, sorprendido y a veces emocionado frente a ese texto. Pero al final de la carrera son muchos los estudiantes que, sin saber nada o casi nada en profundidad de Freud y el psicoanálisis, tienen ya un prejuicio adquirido de forma fácil en la facultad.

Porque demasiado a menudo, y salvando algunas excepciones, en vez de transmitir a los estudiantes instrumentos para discernir qué ha aportado el psicoa-

nálisis al conocimiento del ser humano y contribuir así a que cada estudiante de psicología pueda construir *su propio criterio*, Freud queda estigmatizado o silenciado, negándose el valor de su aportación con argumentos de una visión teórica muy estrecha de qué es ciencia. Pero como señala Green (2005): *una teoría científica de lo psíquico debe no sólo apoyarse en una teoría de la ciencia, sino en la relación que esta mantiene con una teoría del sujeto productor de ciencia* (p.72).

Claro que en esta represión del psicoanálisis quedan también incluidos otros aspectos fundamentales del ser humano como los sentimientos, la intencionalidad y aquello tan complejo, misterioso y poco estudiado que llamamos subjetividad. Porque la pasión objetivista y el deseo de control total del psiquismo humano como si fuese una mera máquina, olvida aspectos importantes en el mantenimiento de su quimera, ya que la máquina más sofisticada tiene tanta capacidad para la subjetividad del placer y el dolor como una simple lavadora. Pero como señala el biólogo Edelman (1992) refiriéndose a los modelos reduccionistas: *algún día entenderán por fin que, sin saberlo, han sido víctimas de una estafa intelectual* (p.302).

Por todo esto nos proponemos en este artículo recordar, después de 150 años del nacimiento de S. Freud, dos aspectos:

1. Aportaciones centrales del fundador del psicoanálisis
2. Algunas aportaciones del psicoanálisis a la psicoterapia y a la asistencia sanitaria después de Freud.

1. APORTACIONES CENTRALES DE S. FREUD.

Desde su nacimiento el psicoanálisis tiene una historia muy peculiar: por un lado es valorado como una de las grandes creaciones humanas, un faro que ha cambiado la manera de entender el psiquismo y que, además de la psicología y la medicina, ha influido en muchos otros ámbitos culturales. Este reconocimiento mundial se puede observar este mismo año porque en la mayoría de las ciudades sus centros culturales - universidades, revistas científicas, librerías, institutos, Ateneos, etc. han creado un extenso calendario de actividades y exposiciones con motivo del 150 aniversario del nacimiento de S. Freud. Por otro lado, y también desde su inicio, al psicoanálisis se le ha criticado ferozmente y se ha pronosticado que está a punto de “agonizar”. Ahora bien, a pesar de estos pronósticos mortuorios, la realidad es que el psicoanálisis es el modelo psicológico que mantiene más tiempo su existencia, tal vez por aquello que escribió el mismo Freud (1927) de que *a la larga nada logra resistir a la razón y la experiencia*.

Imposible dar cuenta en este trabajo de todas sus aportaciones pero sí mencionaremos brevemente tres aspectos que consideramos claves.

1.1.- La fuerza del inconsciente y la importancia de la infancia.

Antes de Freud se consideraba que el psiquismo era igual a conciencia y que todo aquello más allá del umbral de la conciencia correspondía al estudio de la

fisiología. A partir de Freud el psiquismo se amplía y su geografía cambia: de la laguna de la conciencia, la vida psíquica se convierte en un océano del que aún nos queda mucho hoy en día por explorar. Nuestras motivaciones, nuestras ansiedades, nuestras pasiones, nuestras locuras, nuestra compleja subjetividad tienen que ver con las profundidades de este nuevo espacio psíquico que nombra inconsciente y que está íntimamente vinculado con las primeras vivencias y relaciones infantiles que quedan opacas a la conciencia.

El psiquismo no cae del cielo como el maná, sino que se construye biográficamente. Nuestras primeras vivencias infantiles están tan enraizadas en nosotros que el mundo de lo inconsciente es poderoso y a veces tan intensamente dominante que es algo que no podemos descuidar. Esto es lo que no se le perdona a Freud: el avisarnos de que no somos los amos absolutos de nuestro psiquismo, que hay fuerzas inconscientes que marcan nuestras vidas. Que ni siquiera nuestro estimado *yo*, que tanto consideramos, es compacto y de una pieza como creemos. Racionalmente todos sabemos que la agresividad es negativa y a pesar de saberlo, a veces somos agresivos porque *ello* es más fuerte que nuestra racionalidad.

Con el estudio dinámico del inconsciente Freud cambió la imagen del ser humano sobre sí mismo. Después de ser denostado, criticado o silenciado, hoy (como se puede leer en el artículo de J. Coderch en esta misma revista) los más importantes investigadores de la neurobiología reivindican las teorías e intuiciones geniales de S. Freud sobre lo inconsciente. Investigaciones neuronales actuales dan cuenta de que en la infancia las vivencias, impresiones y sensaciones quedan guardadas en la memoria *inconsciente* que, no por serlo, deja de influirnos en nuestras vidas.

1.2.- La importancia de la palabra y la escucha.

En el campo médico siempre ha existido un sentido privilegiado: la mirada, el llamado “ojo clínico”. Naturalmente, también ha contado el tacto. Pero a partir de Freud hay otro sentido que se empieza a valorar: la escucha.

En los inicios de la historia de la psicoterapia era el médico el que tenía la palabra y el/la paciente tenía pasivamente que obedecer. A partir de Freud esto cambia: el/la paciente es el protagonista que tiene mucho que decir sobre sus vivencias y las puede compartir con un terapeuta que tiene que profundizar en la escucha. Porque es el paciente el que “sabe” más de su historia personal, de sus relaciones, de sus amores y odios, de sus duelos, de sus sueños, miedos, soledades y malestar.

Como escribió el viejo humanista M. de Montaigne(1984): “*la palabra es mitad de quien habla y mitad de quien la escucha. Este último debe prepararse a recibirla*”. No se si el creador del psicoanálisis había leído estas líneas, pero sí sabemos que integró esta idea y gracias a Freud se evolucionó, en el campo psicoterapéutico, de un paciente sometido a la obediencia, a un sujeto protagonista

de su discurso. Gracias a este autor se dio valor a la palabra como instrumento transformador.

1.3.- La importancia de la relación: transferencia y contratransferencia.

El hecho de que en el acto terapéutico se establezca una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y terapeuta posibilita que se actualice la historia afectiva del paciente sobre la persona del terapeuta; permite que, sin darse cuenta, el paciente repita una manera de relacionarse vieja en un contexto nuevo, abre el espacio de vivir a una nueva experiencia donde el otro, si es un auténtico terapeuta, no reaccione como las anteriores relaciones.

Al mismo Freud le costó admitir la transferencia y al principio la consideró “extraña”. Le faltaba, más allá del impacto clínico, ser capaz de identificarla como un fenómeno psíquico humano que aparece en múltiples situaciones, ser capaz de llevar a término una reflexión teórica y, especialmente, ser capaz de utilizarla en las curas. En la misma obra de Freud encontramos una evolución en el concepto de transferencia: desde captarla como un obstáculo, una “resistencia”, hasta que le surgió la idea de que en la transferencia se actualiza lo esencial del conflicto infantil y llegar a considerarla como *el más potente instrumento terapéutico*.

Pero Freud no sólo observa al paciente, sino también al otro lado, dándose cuenta de las influencias del paciente sobre los sentimientos inconscientes del terapeuta. De ahí se deriva la idea de que un/a terapeuta no puede acompañar al paciente en su viaje mental más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas. De ahí la necesidad del psicoanalista de aventurarse en la experiencia de un análisis personal.

2. ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICONÁLISIS A LA PSICOTERAPIA Y A LA ASISTENCIA SANITARIA DESPUÉS DE S. FREUD.

Después de Freud surgen nuevos trabajos dentro del campo psicoanalítico que, aunque mantienen los aspectos fundamentales (inconsciente, transferencia, importancia de la primeras relaciones, etc.) constituirán diversos modelos de la mente, ampliarán el marco de pacientes accesibles a este tratamiento y crearán nuevas técnicas terapéuticas.

Para tener bien claro lo que es nuevo es necesario recordar, aunque sea muy brevemente, como se atendía antes a los pacientes. El psiquiatra y psicoanalista francés S. Lebovici (1998) nos recuerda que inmediatamente después de la 2ª Guerra Mundial los niños que estaban ingresados en los hospitales tenían que estar todo el día en su cama. La mayoría de ellos, que habían sido rápidamente diagnosticados de esquizofrenia, eran sometidos al tratamiento de Sakel que los ponía diariamente en coma insulínico. No recibían psicoterapia ni refuerzo educacional. No se les decía porqué recibían una terapia tan brutal. En definitiva: ni eran

escuchados ni se les hablaba.

Afortunadamente, y en gran medida gracias al trabajo de los psicoanalistas, las cosas han cambiado mucho. Dejaremos para otra ocasión las vinculaciones entre el psicoanálisis y otros campos y nos centraremos ahora en las aportaciones del psicoanálisis a la psicoterapia.

2.1. Psicoanálisis y psicoterapias.

Actualmente existen muchos tipos de psicoterapias que varían en cuando a sus objetivos, sus diversos tipos de relación terapéutica, según el tiempo de duración, el enfoque teórico, etc. Pues bien, muchas de las modalidades actuales de psicoterapia están influenciadas de una manera u otra por el psicoanálisis.

En primer lugar un aspecto que influye es la idea freudiana de que el psiquismo humano se constituye en gran parte biográficamente, a través de las primeras relaciones entre la criatura y el otro, es decir a través de sus identificaciones y sus experiencias. La influencia fundamental del psicoanálisis es la valorización de la importancia de las relaciones humanas tanto externas como internas. Un segundo punto es el énfasis que da Freud a la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y el tercer punto es la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal, ya que los silencios también son formas de comunicación.

Después de Freud existen, además del psicoanálisis clásico, psicoterapias psicoanalíticas de niños, casi la única psicoterapia practicada en la infancia, en las que se facilita la comunicación de los pequeños a través del juego y los dibujos como medios de expresión. También se aplican diversas técnicas de psicoterapias de adultos. La elección terapéutica en una u otra edad puede ser individual o grupal.

Dentro del campo de las psicoterapias influidas por el psicoanálisis existen diversos modelos que detallan en su libro Bofill y Tizón (1994) y que resumiremos brevemente. En general, la psicoterapia psicoanalítica tiene la ventaja de ser más corta y exigir menos dedicación, tanto por parte del paciente como del terapeuta, que un análisis clásico. Muchos pacientes que no quieren o no pueden hacer un análisis por lo que supone de tiempo, de dinero y especialmente de impacto emocional, pueden en cambio realizar una psicoterapia. Sus resultados son útiles, pero menos profundos que en un análisis. Mencionaremos diversos tipos de psicoterapia:

a.- Psicoterapia focal: (Balint, 1972). Son tratamientos en los que el terapeuta y el paciente optan por centrarse en la resolución de determinados conflictos concretos del paciente considerados como los más urgentes para ser abordados en aquel momento. Es por ello que las interpretaciones tienden a centrarse en los focos previamente seleccionados.

b.- Psicoterapia de apoyo: Esta forma de psicoterapia combina aspectos analíticos (análisis de los conflictos interpersonales e intrapersonales del paciente) con aspectos de apoyo, contención, sostén. La sesión es el espacio donde el paciente puede comunicar sus problemas y las interven-

ciones del terapeuta pueden ser no sólo de interpretación sino también de orientación, señalamientos de problemas en sus relaciones externas, incluso consejos. Este tipo de psicoterapias son especialmente útiles en casos de pacientes graves, junto con otros tratamientos de tipo farmacológico y también como terapia fundamental fuera del brote agudo, terapia que en estos pacientes ha de mantenerse durante años. Existen estudios que demuestran que con esta ayuda terapéutica disminuyen las recaídas graves y la necesidad de nuevas hospitalizaciones.

c.- Entrevistas psicoterapéuticas o de contención: En este caso no hay un tiempo fijo ni una duración invariable de cada sesión y pueden intervenir en la entrevista elementos de orientación sobre la vida externa del paciente o incluso prescripciones farmacológicas. Lo fundamental es la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y, según la sensibilidad con que se lleve esta relación, el paciente puede recibir un beneficio o un malestar adicional. Muchos profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, reeducadores, etc.) utilizan sus capacidades profesionales y sus conocimientos psicoanalíticos para potenciar de esta manera su actividad terapéutica. Se ha demostrado que en pacientes asistidos de esta manera disminuye la cantidad de medicación ingerida, baja el número y la duración de internamientos hospitalarios y la duración de bajas laborales.

d.- Psicoterapia de grupo: Este tipo de tratamiento se inició durante la II guerra mundial con los trabajos de Bion en Inglaterra. Este modelo de psicoterapia tiene una características técnicas bien definidas: hay unos días y unas horas fijas en las que se reúne el grupo, que en general consta de cinco a ocho miembros, con un o dos terapeutas. Cada miembro del grupo va aportando sus ideas, sentimientos, emociones y opiniones. El terapeuta no realiza interpretaciones de una persona en concreto sino que tendrá que mantenerse atento hasta que pueda captar el movimiento del grupo en su totalidad, las fantasías conscientes e inconscientes que se movilizan en este momento o en esta sesión, para comunicarlo al grupo y proporcionar así a cada uno de sus miembros una comprensión de las relaciones interpersonales e intrapersonales. Además del enfoque de Bion, se han ido desarrollando otros estilos técnicos para grupos.

e.- Análisis institucional: En este caso se solicita ayuda del psicoanalista para aclarar o mejorar las relaciones entre los miembros de una institución. Consiste en un estudio de las ansiedades que se desarrollan entre los miembros de la institución y en proporcionar o señalar los caminos para elaborar relaciones más positivas y limitar las proyecciones más patológicas. Este es el planteamiento de psicoanalistas británicos como I. Menzies y E. Jacques (1969).

El punto de partida de la teoría psicoanalítica para el análisis institucional es

la consideración de la institución no tan sólo como sujeto de unas funciones específicas, conscientes, sino dominada también por las fantasías conscientes e inconscientes de sus miembros y por tanto, como cumplidora, además de las funciones públicas, de otra función no menos importante: la defensa contra las ansiedades persecutorias y depresivas de sus miembros.

Estudiando como se metabolizan los diversos tipos de ansiedad en cada institución concreta en momentos determinados de su dinámica y experimentándolo en reuniones grupales, los miembros de una institución pueden llegar a conducir de una manera menos rígida las ansiedades. Este análisis institucional se utiliza con frecuencia en instituciones asistenciales como “centros de día”, hospitales psiquiátricos de orientación psicoanalítica y centros de salud mental.

Hemos recordado muy brevemente algunas modalidades terapéuticas creadas después de Freud y derivadas de las aportaciones psicoanalíticas. Mencionaremos ahora vinculaciones entre psicoanálisis y asistencia sanitaria.

2.2. Psicoanálisis y asistencia sanitaria.

Afortunadamente la socialización de la asistencia sanitaria en diversos países ha generado grandes cambios en el campo de la medicina que ahora integra no sólo técnicas biológicas o bioquímicas sino también aspectos sociales, psicológicos, políticos, de gestión, económicos, etc. Dentro de la asistencia sanitaria, sea pública o privada, existe un dato en común: la alta proporción de “pacientes funcionales” que visitan cada servicio. Con el nombre de “paciente funcional” se hace referencia a aquellos que quejándose de dolencias varias no presentan ningún aspecto patológico en la exploración biomédica. Tal como se enseña y practica hoy la medicina, este tipo de pacientes plantean muchos problemas, fundamentalmente porque con la formación profesional recibida no se sabe qué hacer con este tipo de malestar.

Las consecuencias de esta situación son de gran sufrimiento por parte de estos pacientes que van de médico en médico, de exploración en exploración y de tratamiento en tratamiento sin que se alivie su malestar. A menudo lo que sucede es que empeora su tendencia a la somatización. Pero también sufre el equipo sanitario que vive la frustración del fracaso de sus técnicas habituales.

Estas situaciones tienen repercusiones sociales tanto desde el punto de vista económico (coste de medicamentos, exploraciones, trabajo de profesionales, etc.) y también por el hecho de que estas personas que continúan sufriendo y no se sienten comprendidas proyectan su ansiedad y malestar en las relaciones familiares, sociales y laborales.

Naturalmente que existe la persona con una enfermedad concreta y que el equipo sanitario está bien preparado para su reconocimiento y tratamiento. Pero, como escriben Bofill y Tizón (1994) en el ámbito de la asistencia sanitaria, a excepción de los servicios muy especializados y tecnificados, este enfermo no es

sino una minoría dentro del total de la consulta. Porque a las consultas acuden también los “enfermos múltiples”, es decir las personas que sufren varias enfermedades y los enfermos “somatopsíquicos” que padeciendo una enfermedad orgánica demostrable, se hallan psíquicamente afectados por sus dolencias.

Además están los pacientes “psicosomáticos” en los que la medicina moderna admite la importancia de los aspectos psicológicos. Añadamos los pacientes “hipocondríacos” que se quejan repetidamente de una u otra enfermedad y finalmente, los pacientes que son claramente psiquiátricos. Estos autores señalan que *“la tercera parte de los pacientes que consultan a su médico de cabecera en nuestro país no son en realidad atendidos, pues consultan precisamente por estos problemas y, salvo meritorias excepciones, nuestros médicos de cabecera y equipos sanitarios no saben o no pueden atenderlos.* (Bofill,P, Tizón,J. 1994, p.295). ¡La tercera parte son muchos!

Es sabido que, desde la perspectiva psicoanalítica, toda enfermedad afecta y se manifiesta psicológicamente por la unidad somatopsíquica de la que parte la visión freudiana del ser humano y además porque toda enfermedad supone frustraciones, dolor, ansiedades, límites y pérdidas. Pero como, en general, los equipos sanitarios no están sensibilizados hacia este tipo de problemas, entonces se envían pacientes de un médico a otro con la insatisfacción de unos y otros.

Frente a todo esto ¿qué ha aportado el psicoanálisis? Pues prácticamente desde su inicio el psicoanálisis ha estudiado este tipo de situaciones. Trabajos de muchos autores (el mismo Freud, Groddeck, Alexander, Marty, Balint, etc.) han influido tanto en la medicina, especialmente en los países anglosajones, donde se generó la llamada *medicina psicósomática* para referirse a una asistencia sanitaria especializada en la sensibilidad hacia estos problemas. En muchos hospitales y centros, también en nuestro país, existen servicios de medicina psicósomática. Pero como señalan Bofill y Tizón (1994) el problema está en que, el mismo término es la negación directa, por vía de una nueva disociación, del descubrimiento del psicoanálisis al respecto: es como si se pensara, ya que lo psicológico influye en la medicina, lo tendremos en cuenta, pero en una especialidad aparte. En cambio, es toda la asistencia sanitaria la que tiene que recibir la orientación psicósomática de la asistencia.

Como más se profundiza en la meta de mejorar la asistencia sanitaria, más evidente es la necesidad de un enfoque psicológico que tenga una teoría y unas técnicas acerca de estas situaciones. El modelo psicoanalítico los tiene y el enfoque no es psicoterapia para todo el mundo, suponiendo que fuera posible y la gente lo quisiera, sino en comprender estas situaciones y proporcionar medidas adecuadas a estos campos.

Cuando una persona va en busca de ayuda sanitaria espera (esperanza) algo y también tiene miedo a algo. El psicoanálisis puede ayudar a comprender la demanda, tanto consciente como inconsciente, de cada paciente, con sus ansieda-

des, miedos y esperanzas.

Para comprender a fondo cual es la demanda pueden ayudar los **grupos Balint**. Son grupos de médicos y especialistas que se reúnen cada semana para comentar los problemas de su trabajo, centrándose en casos concretos descritos de manera detallada y narrando también los propios sentimientos del terapeuta hacia su paciente. En estos grupos están presentes uno o dos psicoanalistas que no hacen psicoterapia de grupo, sino que orientan los problemas de las relaciones entre médicos y pacientes que van surgiendo. Los grupos Balint se van haciendo cada vez más habituales en Gran Bretaña y otros países porque muestran su gran utilidad tanto individualmente como en la reorganización de la asistencia y también por reducir el coste económico, ya que disminuyen los gastos de medicamentos, consultas e ingresos urgentes al mejorar las relaciones entre el equipo y los pacientes.

Hemos mencionado la extrema importancia que desde el inicio ha dado el psicoanálisis a la infancia y ahora hablaremos de ella en el espacio hospitalario. Aunque hay cosas que han cambiado y mejorado, demasiado a menudo cuando una criatura debe ingresar al hospital se la separa de sus padres y a veces esta separación es larga. Los trabajos de Bowlby (1980), Spitz (1965), Bettelheim (1973), Mahler (1984) y otros muestran que las *separaciones*, las privaciones de apego y contacto que se sufren en la infancia tienen una influencia física y psíquica: cuando falta el afecto, bajan de defensas y cualquier enfermedad se pueden complicar. El personal sanitario que se ocupa de niños y tiene conocimientos psicoanalíticos puede atender lo que desde esta perspectiva teórica es fundamental: la importancia de las relaciones entre la criatura y sus padres, entre el pequeño/a y el personal sanitario y potenciará que estas relaciones sean lo más fluidas posibles y por tanto, más capaces de contener ansiedades.

A menudo se mencionan diversos argumentos para justificar la separación de sus padres al ingresar al hospital: que puede perturbar el funcionamiento, aumentar las infecciones, dar más trabajo al personal o aumentar el costo económico. Pero un estudio monográfico realizado por un equipo del Instituto Tavistock de Londres (Dartington, Henry y Menzies, 1976) mostró todo lo contrario: que los pequeños toleraban mejor la situación hospitalaria, el llanto y la ansiedad disminuía y también la ansiedad del personal. Además, las madres o padres se hacían cargo de aspectos difíciles cuando una criatura está enferma: darle de comer, animarlo, asearlo, ayudarlo a contener ansiedades frente a las exploraciones o intervenciones y todo esto significa menos problemas. Este estudio mostraba que pueden disminuir las infecciones hospitalarias ya que difícilmente el/a pequeño paciente puede ser infectada por sus familiares más cercanos.

Es cierto que hay más coste de espacio. Pero si se tienen en cuenta todos los aspectos (ahorro en medicación, en menos tiempo de ingreso, en personal, en complicaciones, etc.) como hizo el estudio del Instituto Tavistock, entonces resulta un importante ahorro económico y de tensión psíquica tanto para el personal

sanitario como para la criatura y su familia. Como escriben Bofill y Tizón: *Al fin y al cabo, instalar “tumbonas” o camas plegables en las habitaciones de los niños no supone un gran derroche en el conjunto de los gastos de un hospital... y, desde luego, supone un ahorro social cara al futuro*” (op.cit.p.299). Filmes científicos como el de los Robertson (1958) *Going to hospital with mother* muestran las ventajas en la organización hospitalaria de un servicio de pediatría de este tipo.

Pediatras y psicólogos de orientación psicoanalítica han trabajado y continúan haciéndolo para tratar de mejorar la atención de los bebés prematuros, teniendo en cuenta tanto las necesidades del bebé como el sufrimiento de los padres. Hasta hace poco las normas médicas eran muy estrictas y en numerosos casos el prematuro se instalaba en la incubadora durante periodos prolongados para preservarlo de infecciones y traumatismos. Lástima que el bebé quedaba privado del contacto corporal cálido, de la escucha de los sonidos familiares ya en el útero materno (latido cardíaco, voz de la madre, etc.). Se está comenzando a experimentar la posibilidad de que con prematuros de cierto grado de desarrollo, la madre pueda alimentarlo o al menos darle su propia leche; que sea ella quien lo cuide a través de los guantes y cristales de la incubadora..., son maneras de ayudar a mantener unas relaciones tan delicadas y vitales como son las del recién nacido con su madre y su padre que también puede colaborar desde el inicio estableciendo su función de padre.

Estas son algunas muestras del tipo de aportaciones que ha proporcionado este modelo y, como son muchas las informaciones que tratan de las aplicaciones del psicoanálisis en este campo, vamos a finalizar aquí este trabajo.

Epílogo

El modelo psicoanalítico nació de la clínica y la clínica no se ejerce en un laboratorio sino en un marco específico. Es allí donde el primer psicoanalista se enfrentó y los sucesores continúan enfrentándose a los problemas del deseo, de las pérdidas, del sentido, del conflicto, de las motivaciones e intenciones de una subjetividad. Es allí donde hay que encarar cuestiones que nos son dolorosas y complejas. De la clínica surgió la revolución freudiana y, por las actitudes actuales hacia el psicoanálisis, es obvio que, para algunos, continua siendo irritante y molesto.

Creo que nos falta aún muchísimo por conocer en el campo de lo mental, que en las profundidades de este océano quedan aún oscuros muchos misterios. Los poetas lo saben muy bien y a veces lo expresan. Pero creo también que, con todas sus limitaciones y errores, hasta ahora ninguna otra teoría del psiquismo alcanza la riqueza de sentido descrita por el modelo psicoanalítico.

Hoy el psicoanálisis tiene muchos años de trabajos, de experiencias y de existencia. Si somos capaces de utilizar sus aportaciones podemos avanzar más en lograr nuevos instrumentos, reflexiones y técnicas para profundizar y comprender mejor las necesidades del ser humano.

En primer lugar este artículo se propone recordar los aspectos centrales contruidos por el creador del psicoanálisis y luego, narrar brevemente algunas de las aportaciones que ha proporcionado este modelo en el campo de la psicoterapia y la asistencia sanitaria después de la existencia de S. Freud.

Palabras clave: psicoanálisis, psicoterapia, asistencia sanitaria.

Referencias bibliográficas.

- BALINT, M., ORNSTEIN, P. H. & BALINT, E. (1972) *Focal psychotherapy*. Londres: Tavistock Publications.
- BETTELHEIM, B. (1973). *Diálogos con las madres de niños normales*. Barcelona: Barral.
- BOFILL, P. & TIZÓN, J.L. (1994). *Qué es el psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- BOWLBY, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- CAPRA, F. (2003). *Sabiduría insólita. Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Kairós.
- DARTINGTON, T., HENRY, G. & MENZIES, I. (1976). *The psychological welfare of young children making long stays in hospital*. Tavistock Institute of Human Relations. Londres.
- EDELMAN, G. M. (1992). "L'esprit sans la biologie: postface critique" en *Biologie de la conscience*. París : O. Jacob.
- FARRE, L.; HERNANDEZ, V. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós.
- FREUD, S. (1927). *El porvenir de una ilusión*. O. C. Vol. VIII. Madrid: Biblioteca Nueva
- GREEN, A. (2005). *La causalidad psíquica. Entre naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LEBOVICI, S. (1998). René Diatkine, mi amigo. *Rev. Interna.Psycho*. Vol.7, nº1, p.56.
- MAHLER, M. (1984). *Estudios 2: separación-individuación*. Barcelona: Paidós.
- MALAN, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Londres: Butterworths.
- MENZIES, I. E. P. & JACQUES, E. (1969). *Los sistemas sociales como defensas contra la ansiedad*. Buenos Aires: Hormé.
- MONTAIGNE, M. (1984). *Assaigs. Llibre Tercer*. Cap. De l'experiència. Barcelona: Edicions 62.
- ROBERTSON, J. (1958). *Film: Going to hospital with mother*. Robertson Center. Londres.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de la vida del niño*. México: FCE.

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)*, a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

FREUD TAMBIÉN QUERÍA SER CIENTÍFICO

Mercè Mitjavila. Psicoanalista.
Universidad Autónoma de Barcelona.

In this article, I consider psychoanalysis from the point of view of academic psychology and academic psychology from the point of view of psychoanalysis. I attempt to maintain a balanced, critical and empathetic position of both standpoints. Some explanation will be given for the traditional conflict between psychoanalysis and academic psychology: or in other words, the academic psychology «positivist model» vs the psychoanalyst's insistence on an exclusively clinical context for research and therapeutic practice. I look at the restrictive nature of both extremes and make suggestions for a revision of the position of the present and future posture of psychoanalysis, while at the same time pointing out how psychology could benefit from psychoanalysis.

Key words: psychoanalysis, academic psychology, empirical research, clinical practice.

“No siempre he sido exclusivamente psicoterapeuta. Por el contrario, he practicado al principio, como otros neurólogos, el diagnóstico local y las reacciones eléctricas, y a mi mismo me causa singular impresión el comprobar que mis historiales clínicos carecen, por decirlo así, del severo sello científico, y presentan más bien un aspecto literario. Pero me consuelo pensando que este resultado depende por completo de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales”.

S.Freud (*Estudios sobre la Histeria*, 1895, pág. 124)

INTRODUCCIÓN

La conmemoración del 150 aniversario del nacimiento del creador del Psicoanálisis ha impulsado a numerosos psicoanalistas a dar testimonio de la presencia y vitalidad de esta disciplina, y deseo sumarme y contribuir a esta conmemoración. No sé lo que el futuro nos depara y ya nos dará la respuesta y, seguramente el futuro que nos espera, deseable o no para el psicoanálisis y los psicoanalistas, dependerá, en gran medida, de lo que estamos haciendo ahora, en nuestro presente, de lo que ya hicimos y heredamos de nuestro pasado. Una herencia que, en muchos aspectos, resulta difícil de sobrellevar, quizá porque hemos sido unos herederos que hemos

optado más por conservar que por invertir en nuevos proyectos, por miedo a desvirtuar lo que nos legaron. Pero esta conmemoración es una oportunidad para mirar, revisar y recordar la historia, lo cual siempre aporta claves para enriquecer una disciplina.

Por mi pertenencia al psicoanálisis y al ámbito académico, me posiciono considerando el psicoanálisis desde lo académico y lo académico desde el psicoanálisis. En este recorrido voy a enfatizar los déficits y restricciones que, a mi entender y desde mi experiencia, aquejan a la psicología académica. Me siento un miembro activo de la comunidad académica y me siento enormemente agradecida por las oportunidades que me han sido dadas de enseñar y, sobre todo, de aprender. Me puedo posicionar críticamente, pero valoro también los méritos del quehacer académico. Intentaré empatizar con lo que critico, porque tiene su lógica y razón de ser. Y lo mismo que acabo de señalar en relación a lo académico, vale también en relación al psicoanálisis.

Y SIN EMBARGO....SOBREVIVE

Si un rasgo ha caracterizado al psicoanálisis es su capacidad de supervivencia a pesar de los retos y vicisitudes a los que se ha enfrentado. ¿Será su capacidad adaptativa a los distintos contextos científicos y sociales, o su fidelidad a unos principios irrenunciables, lo que le ha permitido sobrevivir? Quizá ambas cosas, aunque aparentemente contrapuestas, puedan explicar su longevidad. Ciertamente es difícil establecer la edad de un modelo o teoría científica, no tanto en el sentido cronológico de su aparición en la escena científica, sino en cuanto a su capacidad productiva. El psicoanálisis sobrevive pero ¿sigue produciendo? o, por el contrario, ¿se ha agotado su caudal creativo y productivo?

El desconcierto propio de la sociedad postmoderna, puede llevarnos, quizá sanamente, a preguntarnos si hemos llegado al final del ciclo productivo de este modelo. En la historia de la ciencia, grandes paradigmas han sucumbido para dejar paso a nuevas visiones. Para centrarnos en un territorio más familiar, el de la psicología, hemos vivido la crisis del conductismo, marginado, o mejor, relativizado, con la aparición del cognitivismo. Los ciclos vitales de crecimiento y muerte marcan no sólo la existencia de los individuos, sino también la existencia de los hechos y fenómenos humanos: sistemas sociales, ideologías.... también el conocimiento es tributario de este principio. La historia de la ciencia ya nos ha demostrado que los conocimientos tienen fecha de caducidad.

Como antes apuntaba, no puedo responder al enigma del *ser o no ser* del psicoanálisis en el futuro, puedo intentar reflexionar acerca de lo que, a mi modo de ver, pone al psicoanálisis en peligro de extinción y lo que vale la pena conservar. Mi propuesta pretende ser más bien pragmática, no desearía caer en melancolías, ni fidelidades románticas o puramente gremiales, reivindicando la pervivencia del psicoanálisis como si se tratara de un valor absoluto que debe salvarse.

Dentro del campo de la psicología, persisten actitudes demasiado sectarias, según las cuales los profesionales (y más los académicos que los profesionales aplicados), defienden las propias teorías y rebaten las opuestas, con una implicación personal, más propia de las actitudes ideológicas o religiosas, que de las actitudes científicas. No sé qué ocurre en otras disciplinas, quizá este no sea un fenómeno exclusivo de la psicología.

La trayectoria personal me ha permitido observar que en esta actitud caen unos y otros. Los que se sienten abanderados de la psicología científica, la defienden como si se tratara de una religión y arremeten contra el psicoanálisis con un ardor más propio de una cruzada que de la lógica científica. Incluso cuando utilizan argumentos científicos, desde Eysenck (1952), hasta los *Tratamientos Empíricamente Validados* (Chambless et als. 1998), parece que ya han tomado partido de antemano y el resultado siempre es el mismo, demasiado previsible: el psicoanálisis no sirve.

A los psicoanalistas siempre se nos ha acusado de sectarios, y no sin razón, porque hemos dado argumentos, más que suficientes, a nuestros adversarios para que nos puedan tachar de sectarios, anticientíficos...etc. Nuestra actitud reverencial ante las grandes figuras de nuestra disciplina, la exigencia de fidelidad a los textos de nuestros clásicos, los sistemas organizativos de las sociedades psicoanalíticas, la preocupación (Jiménez, 2000) por preservar más que por renovar la teoría, son algunos ejemplos bien conocidos y todo ello, tiene un innegable sesgo religioso.

Creo que deberíamos ser capaces de superar estas guerras sectarias y reencontrarnos en lo que ya muchos autores reclaman desde hace décadas (Frank, 1988) ¿qué nos aportan cada uno de los modelos terapéuticos?, ¿qué le conviene a cada paciente?. Por mi parte estoy plenamente convencida de las aportaciones y de las limitaciones de todos los modelos.

LA PÉRDIDA DEL ENFOQUE CLÍNICO

La psicología clínica académica, se ha ido desmarcando del método y enfoque clínico, que fue su origen, y ha adoptado el método positivista experimental. Es significativo que, en nuestro país, los departamentos universitarios, aún hoy en día identificados como de *clínica*, han ido abandonado el nombre histórico de departamento o *área clínica*, para pasar a denominarse oficialmente: *área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento*, o de *Psicología de la Salud*. La tradicional asignatura de *Psicodiagnóstico* pasa a denominarse *Evaluación* y las terapias o psicoterapias, se las denomina *Intervención*. Ciertamente que este cambio de denominaciones parece que ensancha el campo de acción, ya que de lo *clínico*, demasiado circunscrito a la patología y enfatiza sobre lo negativo de la enfermedad, pasamos a la *salud*, que sería más amplio y que enfatiza un valor positivo.

Pero algo más ha ido cambiando, además de los rótulos departamentales, un cambio de mentalidad se ha ido imponiendo en nuestro colectivo clínico académico. Por un lado una cierta necesidad de diferenciación y autoafirmación frente al

modelo médico. La psicología clínica nació de la mano de la psiquiatría, en un sentido muy literal, ya que muchos de los maestros de los primeros psicólogos clínicos, fueron médicos psiquiatras; además, nuestro campo y objeto de conocimiento es, a veces, el mismo: la psicopatología, los pacientes. No es raro detectar una sutil aversión contra lo médico-psiquiátrico, dentro de nuestro colectivo de psicólogos clínicos, sobre todo entre los clínicos académicos, que podría explicarse, porque la psiquiatría supone una clase dominante frente a la psicología clínica; tienen más historia, más entidad social, más poder...

Con la renuncia de lo clínico la psicología perdió algo más que un nombre, perdió un método de trabajo y, me atrevería a decir que, algo de su propio objeto de conocimiento. El enfoque clínico y su instrumento fundamental, la observación directa, participante, y la historia o entrevista clínica (o anamnesis), impone un acercamiento idiográfico, más interesado por la individualidad que por las leyes generales.

El psicoanálisis comete, desde la perspectiva de la psicología académica, no uno, sino dos pecados: basarse en la clínica y desvalorizar la investigación empírica. Acepto como pecado lo segundo.

QUEREMOS SER CIENCIA

La adopción del método científico-experimental, ha supuesto un hito formidable en el desarrollo de la humanidad. Sus rendimientos son deslumbrantes y se ha impuesto como una patente de validez incontestable. En el imaginario social, científico es sinónimo de: verdadero, útil, bueno, fiable, creíble... no iba a quedarse la psicología al margen de tal reconocimiento. La Psicología académica ha adoptado ciegamente, o se ha entregado incondicionalmente, al método científico y yo no renunciaría a este método por nada, pero debemos reflexionar acerca de tal adscripción.

Nuestro colectivo arrastra cierto complejo de inferioridad por no saber exactamente si es o no es ciencia, o qué tipo de ciencia puede ser. Hemos sentido la imperiosa necesidad de identificarnos con lo que actualmente se reconoce como científico y se entiende que queramos legitimarnos bajo el modelo dominante de conocimiento de nuestros días, pero esto nos ha llevado al extremo, casi a renegar de nuestra filiación con la filosofía. Tenemos un rechazo casi fóbico, a todo lo que pueda parecer especulación teórica, y nos hemos quedado sin teoría, sin epistemología y sin reflexión. Sólo debemos echar un vistazo al contenido de los apartados titulados "marco teórico" de las tesis doctorales que salen de nuestros departamentos, en realidad la teoría brilla por su ausencia, a lo sumo se definen unos cuantos conceptos, sin referirlos a ninguna teoría, no existe en realidad ningún marco teórico explícito y se evidencia que el autor o autora no tiene idea de la teoría implícita de la que es usuario, de la historia y evolución de los conceptos que usa. Casi todo se reduce a una obsesión furibunda por las "actualizaciones". Evidentemente estoy de

acuerdo en actualizar los conocimientos, y debemos demostrar en nuestros trabajos, que estamos al día de las nuevas y últimas aportaciones a nuestro campo, hoy en día no hay excusa con la cantidad de herramientas informáticas a nuestra disposición. Pero estar al día no está contrapuesto a conocer la historia de los conceptos y los clásicos. Casi nunca se leen los autores clásicos de la psicología en versión directa, todo son referencias y refritos obtenidos en Internet u otras fuentes. Esto hace que las ideas y conceptos originales, al no estudiarse de primera mano, se van deformando hasta hacerse, a veces, irreconocibles.

La psicología se ha ido configurando en base a renunciadas y reencuentros. En un somero repaso desde los inicios de lo que podemos considerar la psicología moderna, situándonos en el siglo XVIII, podemos observar las vicisitudes de nuestra disciplina. Se renuncia al alma como objeto de la psicología y se sustituye por la conciencia, sus contenidos y sus funciones (Musso, 1970). Con la aparición del psicoanálisis entra en escena el inconsciente. El conductismo arrasa con la conciencia y el inconsciente y, en aras de una psicología verdaderamente científica, se queda con la conducta. Reaparece la conciencia, en versión revisada y moderna, con el cognitivismo. Finalmente se redescubre el inconsciente, de la mano de algunas versiones cognitivistas, y desde las neurociencias. Es necesario aclarar que este inconsciente redescubierto, no coincide exactamente con el inconsciente del psicoanálisis, es un inconsciente más funcional que conflictivo.

Cada nuevo objeto de conocimiento: conciencia, inconsciente, conducta.... reclamaba un método que se ajustara a las características de cada uno de dichos objetos: introspección, técnica psicoanalítica, observación y método empírico-experimental. El método se erigió como factor determinante, signo de la psicología de la modernidad (Caro, 1995). Cada nuevo enfoque renunciaba o renegaba de lo anterior, siempre sacrificando algo del sujeto humano. Renunciamos al alma para quedarnos con la conciencia; renunciemos a la conciencia para quedarnos con el inconsciente; renunciemos al inconsciente y a la conciencia y a la subjetividad, para quedarnos con la conducta, etc. o sea “cortar lo que sobra”, y así hemos ido descuartizando el sujeto humano y de esta *deconstrucción*, como ahora podríamos denominar, nacen varias psicologías.

Este proceso simplificador debe ser necesario para abordar la complejidad del ser humano, que es, a la vez, un ente natural y social (y por lo tanto, histórico), y para complicarlo más, ha segregado eso que denominamos conciencia de si mismo, que tanto interesa actualmente a las neurociencias (Erdelyi, 1990; Froufe, 1997; Rally et als. 1998, Kandel, 1999; Brakel 2000). Nada que decir de este reduccionismo necesario o inevitable que han ejercido los distintos paradigmas psicológicos, si no fuera porque cada uno de ellos se erige en portador de la verdad y aquí es cuando nos convertimos en otra cosa que no queremos ser, y esto es, en ideología o en religión o, por lo menos, adoptamos cierto espíritu sectario, como decía al principio. Esta debilidad la han padecido todas las corrientes o escuelas que se han generado

dentro de la psicología, y tan reduccionista me parece querer explicar el sujeto humano sólo desde la conducta, como sólo desde los procesos cognitivos o sólo desde el inconsciente.

Tanto si aplicamos el método empírico-experimental, el psicoanalítico, el introspectivo, o el que sea, estamos priorizando unos aspectos del individuo y omitiendo otros. Entiendo que el método empírico-experimental y sus diseños de investigación derivados, es aplicable a la psicología, y también al psicoanálisis (Shulman, 1990), y aquí disiento de una buena parte de mis colegas psicoanalistas, pero éste no es el único procedimiento válido para obtener conocimientos.

CUANTIFICAR Y MEDIR *versus* COMPRENDER

Uno de los peajes ineludibles que nos exige el método científico dominante, es la medición. Nos hemos convertido en esclavos de la cuantificación y la medición y hemos renunciado a comprender. Sacralizamos la estadística que la hemos convertido casi en un fin más que en un medio, nuestros proyectos de investigación o diseños han de acomodarse a las exigencias de la estadística. Con decir que es estadísticamente significativo, ya está todo dicho. De nuevo tengo que afirmar que no renuncio a la estadística, ni a la medición con tal que no confundamos los medios y los fines o la realidad virtual numérica, con la otra.

Esta confusión, que no es culpa de la estadística sino de cómo la usamos, ha contribuido, a mi entender, a un empobrecimiento alarmante de los trabajos de investigación. Todos cortados por un mismo patrón, clónicos y ¡ay del que tenga pretensiones creativas y se escape del guión preestablecido! Que con este procedimiento estemos generando conocimiento, no lo pongo en duda, pero no es el único medio para generar conocimientos, los enfoques cualitativos, la práctica aplicada... son otras maneras también productivas de obtenerlos.

Cuando un fenómeno no es medible ya no interesa a nuestra psicología. Y también podríamos replicar diciendo que medible lo es todo en esta vida, ya que, según parece medimos: la depresión, la autoestima, los vínculos afectivos, el amor y el odio... y qué sé yo cuantas cosas más. Pero lo que debemos tener claro es que cuando medimos un objeto o fenómeno, el resultado es una medición de un constructo, no es la realidad, aunque a veces parece que lo estamos confundiendo.

La medición en psicología es poco más que un espejismo. Los términos: medida e instrumento, los hemos usurpado de otras disciplinas que trabajan con una materia prima muy distinta de la nuestra. Nuestro espejismo empieza inventando o creando o generando un concepto, a modo de ejemplo: resiliencia, autoestima, vínculo afectivo, déficit de atención, psicoticismo, inteligencia emocional...etc. podríamos añadir mil más (y conste que no estoy invalidando estos constructos, me parecen útiles y, en la práctica, hago uso de ellos), una vez definido el concepto en cuestión, debemos diseñar un instrumento para medirlo, a poder ser cuantitativo mejor que categórico. Ya hemos cosificado el concepto, lo medimos... *luego existe.*

Siguiendo con la crítica a lo abusivo e ilusorio de nuestra medición, queremos y decimos que nuestros instrumentos son objetivos y han de aportar evaluaciones objetivas. Nuevamente creo que nos confundimos. Estos pretendidos instrumentos objetivos de evaluación, están tomando en cuenta opiniones de los sujetos a quienes se les aplica. La opinión de cómo uno se siente o se ve o se considera, es muy verdad para el sujeto, pero como opinión no tiene nada de objetivo, aunque pueda ser una apreciación pertinente y pueda coincidir con la valoración del observador externo. Y no estoy invalidando las opiniones de los sujetos como datos de interés para el psicólogo, estoy cuestionando la pretendida objetividad de los instrumentos y sus usuarios.

Este afán métrico nos ha llevado a una proliferación de instrumentos casi inabarcable. Se diría, a juzgar por el arsenal existente, que crearlos debe ser muy fácil, al alcance de cualquiera. No quiero frivolarizar con el asunto, soy consciente de lo laborioso que resulta la validación, por eso la inmensa mayoría no han pasado el trámite estadístico correspondiente. Pero incluso aquellos que han superado dicho trámite, no los confundamos con aparatos de alta precisión. De nuevo tengo que justificar esta posición personal, no pretendo invalidar los tan reconocidos instrumentos y técnicas de evaluación, reconozco su utilidad y también me reconozco usuaria de ellos, me posiciono críticamente en relación a una especie de credulidad ingenua, según la cual nos sentimos seguros y convencidos de que lo nuestro es una medición objetiva y científica. Me parece un peligro y siento que los académicos somos los más responsables de vender este producto a nuestros alumnos, hasta tal punto que sin una prueba para aplicar, se sienten desprotegidos, frente al paciente o usuario. Tenemos instrumentos o técnicas sólo aproximativas para intentar describir o explicar aspectos de las personas. El diagnóstico no debe delegarse al resultado de las pruebas. Esta alienación a las pruebas de medición, evaluación... etc. no es exclusiva de nuestro colectivo, se observa como la medicina actual ha perdido su cualidad clínica y también delega el diagnóstico al resultado de las pruebas. Quizá la diferencia, a favor de las pruebas y tecnología médicas, es que éstas sí pueden presumir de ser mucho más objetivas y precisas que las nuestras.

Me he referido más específicamente a lo que denominamos técnicas de evaluación objetiva, pero también en el campo de la evaluación nos topamos, como no, con nuestra idiosincrasia. Cada modelo psicológico desarrolla sus propios instrumentos de evaluación, lo cual parece lógico y coherente, dado que cada modelo tiene sus propios conceptos para explicar la personalidad, la patología, u otras entidades. No tendría sentido, por ejemplo, que desde el modelo conductual se evaluara el *insight*, o las resistencias, en cambio, es muy pertinente que esto se quiera evaluar desde el modelo psicoanalítico. Los instrumentos desarrollados desde el modelo psicoanalítico, tienden a ser más cualitativos, descriptivos abiertos, menos sistematizados, pretenden respetar más lo singular, idiosincrásico del sujeto y están menos enfocados a obtener un resultado numérico.

En relación a ambas categorías de instrumentos podríamos decir que, lo que se gana por un lado, se pierde por el otro. Los más rigurosos y sistematizados permiten una comparación fácil entre los sujetos, una clasificación de cada individuo dentro de un rango, por encima o debajo de la media...etc. pero no te informan de nada más que no esté ya contenido en los mismos enunciados de la prueba. El cuestionario que pretende valorar el grado de depresión, por decir algo, obtiene un resultado de: más, menos o ausencia de estado de ánimo depresivo, traducido en puntuación numérica, pero no nos informa acerca de qué piensa el paciente acerca de su depresión, a qué la atribuye, como la vive...etc. o para esto es necesario aplicar preguntas abiertas, o la clásica entrevista clínica o psicológica.

Medir y cuantificar es inherente y coherente con el enfoque científico empírico-experimental. Los diseños de investigación derivados de este enfoque requieren de la cuantificación y la medición, y esto es útil para comparar, sea respuestas de sujetos o resultados terapéuticos u otras entidades. El enfoque clínico, aún sin despreciar lo cuantitativo, tiende a ser más descriptivo e idiográfico. No es de extrañar que el psicoanálisis, tan enclavado en lo clínico y poco adepto al modelo positivista de ciencia, no se haya esmerado en crear instrumentos de evaluación sistematizados y de estilo cuantitativo. Podría haber desarrollado sistemas de evaluación o clasificación coherentes con su teoría, para evaluar, por ejemplo, la personalidad, la patología...etc. ha tendido más a generar conceptos, modelos y microsistemas explicativos que instrumentos, pero remitiéndome el enunciado de este apartado, al psicoanálisis le interesa más comprender que medir. Sería muy sesgado no admitir que se dispone de un amplio catálogo de instrumentos con perfil psicoanalítico, pero poco relevante comparado con la cantidad de los desarrollados por otros modelos, y sobre todo, muy poco conocidos por los propios psicoanalistas.

CLASIFICAR *versus* COMPRENDER

Resulta curioso que el sistema clasificatorio adoptado por la psicología clínica, sea un sistema psiquiátrico, el conocidísimo DSM (1995). Sin duda se ha demostrado su utilidad como sistema de clasificación diagnóstica y como medio de intercambio e información entre profesionales, a tal punto que resulta imprescindible y su uso se ha impuesto (también en el sentido de “imposición) en la práctica de la psiquiatría y la psicología clínica. Sus ventajas, tanto en la clínica como en la investigación, y sus limitaciones no las discutiremos (Poch, et als. 1992), (Jarne, A y Talarn, A. 2000) pero, siguiendo el hilo de nuestro análisis, vamos a considerar algunos de los supuestos que subyacen a este sistema.

El DSM elige como criterio principal, y en aras de una mayor objetividad y menor saturación teórica, los síntomas, es decir, el aspecto más objetivable de la psicopatología. Como todo sistema nosológico se refiere a entidades pero no a sujetos y dar cabida al sujeto es trabajo del clínico (psicólogo o psiquiatra). Lo abusivo es anteponer el sistema clasificatorio a la persona que queremos diagnos-

ticar, igual que antes comentábamos en relación a los instrumentos de evaluación. Considerar que el DSM o el DSM más algunas pruebas de evaluación, nos resuelven el diagnóstico, es muy restrictivo.

Dar cabida al sujeto, como tal, como persona, significa tener en cuenta su historia, o mejor dicho, su biografía y, más concretamente, la narración que ha construido de su historia personal. Nos ha de interesar saber cómo vive su problemática o síntomas o malestar que lo lleva a la consulta, qué explicación nos aporta acerca de las posibles causas o desencadenantes, cómo se refiere a sus experiencias vitales significativas, qué le ha motivado a consultar, qué espera de la intervención del profesional, es decir todo el procedimiento conocido como “análisis de la demanda” (Carli, 1990; Mitjavila, 1994; Villegas, 1996), pero es que el concepto “demanda” ya implica reconocer al paciente como sujeto-persona.

En este proceder, le hemos dado la palabra al paciente o usuario que nos informa de cómo vive “su” enfermedad o malestar y estamos mirando el problema desde la perspectiva del paciente, y la indicación terapéutica puede depender tanto más de esta información, que de la aplicación del DSM. Efectivamente el cuadro que presenta el sujeto que acude a la consulta, puede tener una indicación clara de intervención psicoterapéutica, pero será inútil tal indicación si el paciente no se siente motivado a implicarse en un proceso psicoterapéutico y su expectativa es solucionar el problema con fármacos. La explicación etiológica que el propio paciente se ha dado, sea acertada o no, condiciona su expectativa acerca de lo que espera de la intervención del clínico o del terapeuta, de nada va a servir empeñarnos en aplicar una técnica conductual, si el paciente está altamente interesado en querer explicarse su insatisfacción vital y en querer encontrar claves en su historia personal; o a la inversa, el consultante puede rechazar cualquier propuesta de comprender su problemática actual en clave biográfica e introspectiva y sentirse muy conforme con pautas directivas. De todo ello se desprende que el diálogo entre el profesional y el paciente es imprescindible para un diagnóstico e indicación terapéutica, y si decimos diálogo, es porque tratamos al usuario como sujeto.

Nuestro modelo académico dominante, dentro de la psicología clínica, ha sintonizado bien con el sistema DSM, e incluso se ha adoptado como manual de psicopatología oficial en nuestras Facultades, aun tratándose, como ya se apuntaba, de un sistema médico-psiquiátrico. Y es que nuestra psicología académica, queriendo ser fiel a un determinado modelo de ciencia, ha prescindido del sujeto, la subjetividad, la biografía, la relación, los vínculos afectivos y los significados propios de lo humano, con lo cual, está de más querer “comprender”.

Interponer entre el usuario y el profesional un sistema clasificatorio o unas pruebas de evaluación, es negar o evitar el encuentro personal entre dos subjetividades, dos sujetos con historia, y experiencias (además de la profesional y el bagaje de conocimientos), expectativas, empatía... que se activan en este encuentro.

Desde posiciones psicoanalíticas se han propuesto alternativas, un trabajo

interesante en este sentido es el SWAP (Shedler, 2003). Se trata, como nos dice su autor, de un procedimiento de registro sistemático de las observaciones clínicas, pero nos permite identificar y diagnosticar psicopatología. Concluyendo, la adopción del sistema DSM encaja más con el “metodo” que con el objeto de estudio, o sea, el paciente entendido como sujeto y persona.

¿POR QUÉ NO ENCAJA EL PSICOANÁLISIS?

Ya que nos hemos referido a la adopción de determinados modelos o paradigmas, el psicoanálisis adoptó un modelo clínico como referente de su práctica, y también generador de su teoría. Concretamente me refiero al interés por el estudio de casos, a partir de cuya observación se generan conocimientos, y lo que más se le ha discutido, y es que también pretenda validarlos, sólo desde esta práctica.

Algunos psicoanalistas han señalado la divergencia entre práctica y teoría, y que la práctica clínica en psicoanálisis no se deduce directamente de la teoría. Se han dado diversos argumentos (Winograd, 1999), (Fonagy 1998) que éste último autor recoge:

Una misma teoría puede generar técnicas diversas y una misma técnica se puede justificar desde modelos teóricos distintos; el desfase entre avances teóricos y avances en la práctica, o sea, que la inmensa productividad y desarrollo en el campo de los modelos teóricos no aporta más avances técnicos; la naturaleza de la “acción terapéutica” en psicoanálisis es un tema abierto a debate y no disponemos de una explicación teórica definitiva.

Jiménez (2000) se refiere a la “idealización de la práctica” para explicar la tan supuesta –y no demostrada– afiliación de la teoría a la práctica, y esta correspondencia, tan asentada en nuestro discurso psicoanalítico, parece más que discutible.

Esta adopción de lo clínico como validador absoluto, culminó con la conocida premisa de: *curar es investigar*, Freud (1926) sentenció esta unión indisoluble. Esto es considerar la práctica terapéutica en el contexto terapéutico (la sesión), como lugar donde coexiste la acción terapéutica y la investigación y único lugar de validación para el psicoanálisis. (Green, 1996). Se ha adscrito a este modelo de investigación y ha sido reticente a adoptar el modelo de investigación empírico-experimental aceptado consensuadamente por toda la comunidad científica, incluida la psicológica. Según Freud, la cura psicoanalítica se produce a partir del conocimiento del paciente o, para ser más precisos, se produce al investigar y explicitar los contenidos inconscientes; por lo tanto curar y conocer o investigar son indisolubles (Freud, 1926). Al conocer o investigar en el inconsciente del paciente, obtenemos conocimientos del funcionamiento del inconsciente, de la patología.... etc. que serán útiles para la cura de aquel paciente y al mismo tiempo ampliarán el conocimiento de la disciplina.

Tales premisas son innegables, el contexto de la práctica aplicada, clínica-terapéutica en nuestro caso, genera conocimientos y sirve también para comprobar

hipótesis, pero hemos de añadir que, aún siendo cierto, es insuficiente. Cuando “investigamos” al paciente dentro de la sesión, todos los conocimientos del terapeuta están al servicio de comprender a este paciente en particular. Cuando investigamos fuera de la sesión todos los conocimientos obtenidos a partir de la diversidad de pacientes tratados, están al servicio de aumentar el *corpus* de conocimientos de la disciplina. Son objetivos distintos y actitudes distintas frente al paciente y frente al conocimiento (Thomä y Kächele, 1989; Wallerstein, 1994; Jimenez, 2000; Mitjavila y Poch, 2001, Avila et als, 2004).

Una de las críticas frontales que se ha hecho (Grünbaum, 1982, 1993) al modelo restrictivo de investigación psicoanalítica ha sido el hecho de convertir la práctica clínica como terreno único tanto de la acción terapéutica aplicada como de la investigación. Se nos ha señalado repetidamente que el contexto de la validación ha de ser distinto del contexto de la aplicación práctica, pero esta versión no ha sido asumida mayoritariamente por el colectivo de profesionales psicoanalíticos que siguen aceptando el principio freudiano de la *unidad curar-investigar*.

Los clínicos en general, y no sólo los psicoanalistas, están muy convencidos de las evidencias obtenidas mediante la práctica y, desde luego, son evidencias que tienen un gran valor, pero insuficientes. Tales evidencias han de pasar un nuevo control que será someterlas a la investigación, lo cual significa, convertir la evidencia clínica en hipótesis y tratar de verificarla mediante la investigación (Wallerstein, 1994; Fonagy, 1998; Jiménez, 2000, 2004). De igual modo, los conocimientos o evidencias obtenidos mediante la investigación, deberán validarse en la práctica. Ni la práctica ni la investigación, por separado, son autosuficientes, ni pueden ser viables la una sin la otra como muy bien señala Caro (1995). El enfoque clínico propio de la práctica aplicada y el enfoque científico propio de la investigación experimental son dos procedimientos distintos, pero se necesitan mutuamente y deben complementarse. Ambos son necesarios para el avance del conocimiento, y ambos deben validarse mutuamente. Abandonamos el intento de exponer, en este trabajo, los argumentos que desde el psicoanálisis se aportan para cuestionar la aplicación de diseños empírico-experimentales, para validar la eficacia del proceso terapéutico, nos remitimos a otras publicaciones que analizan ampliamente esta cuestión (Mitjavila y Poch, 2001; Avila et als. 2004).

Con todo lo expuesto parecería que los psicoanalistas nunca se han atrevido a afrontar el reto de la investigación empírica, y no es así. Existen numerosos y señalados antecedentes, que arrancan en los años 20 con Ferenczi, Rank, Fenichel en Europa, continuando Alexander y French en EEUU; cabe resaltar los Proyectos Menninger y Penn, entre otros muchos. En los últimos años, dentro del colectivo psicoanalítico, ha ido creciendo el interés, aunque en sectores minoritarios, por la investigación empírica aplicada a estudios de proceso y resultados. Es recomendable el libro de Poch y Avila (2001) que hacen un seguimiento exhaustivo y riguroso de la historia de la investigación en el ámbito psicodinámico, desde sus inicios hasta la actualidad.

LO QUE LE SOBRA Y LO QUE LE FALTA AL PSICOANÁLISIS.

El psicoanálisis se ha caracterizado por una gran capacidad explicativa y una deficiente capacidad verificadora. La diversidad de teorías que conviven o coexisten dentro del psicoanálisis, e incluso la disparidad entre ellas y la dispersión, son lo dominante en nuestro campo. Desde luego que tal diversidad puede entenderse como fuente de enriquecimiento, pero, desde mi punto de vista, demasiada diversidad no aporta más y mejores conocimientos. La diversidad de teorías y modelos nos ofrece un gran potencial explicativo, pero constituye, también, nuestro tendón de Aquiles, evidenciando un aspecto vulnerable al que los detractores, no sin razón, han dirigido muchas de sus críticas. Diríamos, resumiendo, que explica mucho y verifica poco, al menos fuera del contexto de la sesión.

Considero que la hiperproductividad de modelos, microteorías y sistemas explicativos, es sospechosa y se mantiene porque no podemos contradecirlas. Todas sirven, aunque sean contrapuestas. Siempre conseguimos que nuestro material clínico nos dé la razón y diga, lo que queremos hacerle decir. Popper nos dio una elegante fórmula para determinar si una teoría o explicación es científica, para que lo sea, ha de ser falsable.

Creo que esta disparidad, muestra un flanco muy vulnerable, si cualquier explicación vale y no somos capaces de someterla a cierta prueba de validez, que legitime su bondad o gratuidad o inutilidad, entonces ¿en qué terreno nos estamos moviendo? Quizá estamos haciendo un ejercicio de especulación o de reflexión teórica, que me parece también muy necesario, pero por ahí estamos hipertrofiando más que consolidando nuestra disciplina.

La investigación empírica es un sistema útil para confirmar y refutar hipótesis, o por lo menos el sistema que se ha demostrado más productivo para hacer avanzar el conocimiento. Despreciar este método ha supuesto para el psicoanálisis, ponerse de espaldas y a contracorriente del avance del conocimiento y esto es, sin duda, muy difícil de mantener. Ciertamente, como he mencionado anteriormente, dentro de la amplia y heterogénea comunidad psicoanalítica, hay quienes ya han optado por trabajar con diseños empíricos y aceptar las reglas de juego y los condicionantes propios de la verificación según el método científico. Esto no significa desechar la teoría y técnica psicoanalítica. Ha predominado el temor, a mi modo de ver no justificado, a que el método científico desvirtuara lo propio del psicoanálisis y esto ha tenido un coste muy elevado.

LO QUE LA PSICOLOGÍA NO DEBERÍA RECHAZAR

El rechazo del método científico, le ha supuesto al psicoanálisis quedar excluido de un foro tan importante para la difusión y producción del conocimiento, como es la Universidad. Como antes he citado las Facultades de Psicología en nuestro país, prácticamente han arrasado los contenidos psicoanalíticos de los planes de estudio. A mi modo de ver, la psicología académica también ha perdido

algo de su propia naturaleza, despreciando lo psicoanalítico.

Como citaba anteriormente lo psicoanalítico va unido a la observación y práctica clínica. Quiera o no reconocerse, el caudal de conocimientos acumulado por la experiencia clínica mediante la práctica psicoanalítica a lo largo de más de un siglo, no es irrelevante ni puede desecharse tan fácilmente. La actitud refractaria, tan propia de la mentalidad academicista, a reconocer como conocimiento válido el obtenido mediante la práctica aplicada y considerar únicamente válido el obtenido mediante la investigación empírico-experimental, es discutible. Vamos a detallar, sólo algunas, de las aportaciones psicoanalíticas, de las que, a mi entender, la psicología no debería prescindir: la capacidad explicativa, lo inconsciente, el conflicto, el sujeto biográfico y lo relacional.

Capacidad explicativa

Es bien sabido que uno de los distintivos del modelo psicoanalítico es su potencial teórico. Es, sin duda uno de sus puntos fuertes, pero también, como antes se ha apuntado, un flanco vulnerable por los excesos explicativos, que, como señalaré más adelante, deberían corregirse. El modelo explicativo de los factores etiológicos en los que se incluyen factores evolutivos, conflictivos, defensivos, biográficos, genéticos, aspectos conscientes e inconscientes... es el más abarcativo de los sistemas explicativos dentro de la psicología. Algunos de estos conceptos han sido adoptados por otros modelos, reformulándolos y vaciándolos, más o menos, de las connotaciones que se les hacían incómodas (inconsciente, conflicto...etc.); así ha ocurrido con el concepto de inconsciente, entre otros. A mi entender, para un entendimiento entre psicoanálisis y otras psicologías, el modelo teórico psicoanalítico debería depurarse para eliminar el exceso de determinismo y otros sesgos propios del modelo, pero eso no invalida el conjunto. Soy consciente que esto suena a revisionismo, posición que no despierta aprecio y que, además, ya ha habido intentos a lo largo de la historia del psicoanálisis; intentos fallidos, en la medida en que, más que revisar ha contribuido a fragmentar en diversidad de escuelas. Una revisión integradora, más que fragmentadora sería lo deseable.

Lo inconsciente

Antes ya he apuntado que las neurociencias y algunas evoluciones del cognitivismo, están utilizando el concepto de *procesos inconscientes*. Paradójicamente lo que resulta más intrigante a los estudiosos de estas nuevas disciplinas, no son los procesos inconscientes, no los ponen en duda, sino más bien, la conciencia.

Freud reconoció un inconsciente no reprimido, que denominó genético, es decir, no conflictivo que gestiona los automatismos y aprendizajes adquiridos y esto coincide con una modalidad funcional. En su trabajo *Lo Inconsciente* publicado en 1915 dice: *Lo inconsciente tiene un alcance más amplio, lo reprimido es, por tanto, una parte de lo inconsciente.* (Freud O.C. 1972 pag. 2061)

Resulta muy sorprendente el reconocimiento que hace el propio Skinner (1975) en su obra *Sobre el conductismo*, donde dice textualmente:

Con frecuencia se dice, y lo dicen particularmente los psicoanalistas, que el conductismo no puede tratar el inconsciente. Para empezar, lo cierto es que no trata de otra cosa. Las relaciones de control existentes entre el comportamiento y las variables genéticas y ambientales son inconscientes por cuanto no se observan, y fue Freud quien destacó que no es necesario que se observen para que sean efectivas. (...) Lo que el conductismo rechaza es el inconsciente como agente y, desde luego, también rechaza la mente consciente como agente. (pág. 143)

Ciertamente el inconsciente postfreudiano: el del cognitivismo y el de las neurociencias, no es equivalente al freudiano, se trata de un inconsciente funcional y no conflictivo (Bassin, 1972; Foulkes, 1982; Erdelyi, 1990; Froufe, 1997). El primero que reivindicó un inconsciente no conflictivo fue Jung (1938). Piaget (1961), respetaba la aportación freudiana y lo que denominó *el inconsciente afectivo del psicoanálisis*, junto al cual añadía su inconsciente cognitivo, señalando que los esquemas operativos intelectuales son inconscientes. Deberíamos referirnos a los inconscientes o a un inconsciente con diversidad de funciones, ¿y por qué no pueden convivir esta diversidad de inconscientes si, en realidad, pueden ser perfectamente compatibles y complementarios?

Concluamos reivindicando la recuperación del inconsciente, también el freudiano, y aunque lo desbanquemos del centro de la vida psíquica, como lo situaba Freud, démosle el lugar que merece en nuestra psicología

El conflicto

Ha sido una de las aportaciones más productivas de la teoría psicoanalítica. Se trata, además, de un constructo desarrollado a partir de la observación y de la práctica clínica. Éramos críticos con el dominio excesivo de un inconsciente conflictivo, pero una psicología sin conflicto, no es humana. La psicología cognitiva prefiere desdramatizar determinadas expresiones patológicas, sería el caso, por ejemplo, de las conocidas *distorsiones cognitivas*, ¿pero acaso bajo esta distorsión no hay deseos, temores, culpas, no siempre reconocidas...? y sabemos que estos contenidos emocionales son muy reticentes a dejarse domesticar por la lógica y la buena voluntad del terapeuta.

Sin duda la evidencia clínica de conflictos inconscientes, podría validarse empíricamente con lo cual ganaría en fortaleza. Esta es la tarea que han abandonado los psicoanalistas. De nuevo me reitero en que, seguramente, los psicoanalistas deberíamos renunciar a una serie de connotaciones, las más metapsicológicas, de nuestra teoría acerca del conflicto y reformular el concepto, sin sacrificarlo. Si el psicoanálisis ha calado intensamente en la cultura popular, es en la medida que habla de las pulsiones que generan los dramas humanos.

El sujeto con biografía

Al psicoanalista le interesa más el paciente, que la entidad nosológica que le identifica y la técnica de intervención, y es por eso que me atrevo a explicar, la poca productividad en desarrollar técnicas específicas de intervención que caracteriza al modelo psicoanalítico comparándolo con los modelos cognitivo-conductuales. En el modelo cognitivo-conductual las técnicas se desarrollan para intervenir entidades patológicas (en general codificadas en el D.S.M.) y eso tiene sus ventajas, pero –citando a F. Martín (2006)– *“Se ha venido observando una progresiva enfatización de los síntomas en el análisis psicológico derivado de los contextos profesionales de salud mental, inversamente proporcional a la investigación de la historia del sujeto”*. El modelo psicoanalítico intenta explicar la experiencia interna del sujeto, cómo vive su malestar, sus síntomas, intenta explorar en su biografía, en su manera de relacionarse y en su inconsciente las variables explicativas que no obtiene en su relato verbal. En el fondo tiene que ver con el referente principal del psicoanalista que es la clínica, el interés por lo particular y específico, el caso individual, en una palabra, lo idiográfico más que lo nomotético.

El carácter radicalmente clínico (vinculado a la práctica aplicada) del psicoanálisis también ha sido uno de los motivos –aunque este no se evidencia– de marginación de la psicología académica. El psicoanálisis no tiene porque renunciar a su adhesión a la clínica, pero esto no le impide adoptar otros métodos de adquisición y validación del conocimiento. La psicología académica, no tiene porque renunciar a su adscripción al modelo y método científico dominante, pero no sería negativo aceptar las –algunas, bastantes...– de las aportaciones psicoanalíticas.

Lo relacional, lo intersubjetivo, los vínculos afectivos

Entre las aportaciones psicoanalíticas de interés para la psicología y la intervención terapéutica está, sin duda, señalar la importancia de la dimensión relacional en la interacción terapeuta-paciente. Obviar esta variable, de nuevo significa deshumanizar a uno y otro protagonista del encuentro terapéutico. El psicoanálisis moderno ha dedicado una buena parte de su esfuerzo en comprender y describir los microprocesos que se desarrollan en esta interacción y este conocimiento, extraído de la práctica terapéutica, se transmite en los programas de formación de psicoanalistas y terapeutas psicoanalíticos. Estos fenómenos relacionales, interpersonales, inherentes a cualquier y a todos los procedimientos terapéuticos, han sido ampliamente descritos y teorizados dentro de la teoría de la técnica psicoanalítica bajo las conocidas denominaciones de: transferencia, contratransferencia, resistencias, alianza terapéutica.

Quizá estos conocimientos, no se concretan de manera tan sistemática como un “manual”. La “manualización” adoptada por las terapias cognitivo-conductuales, tiene gran utilidad a efectos de investigar los resultados de los procesos terapéuticos

pero, en cambio, contribuye a que el terapeuta pierda una parte de su personalidad, idiosincrasia, su aportación más personal, para encorsetarse en el manual y convertirse en un aplicador del mismo. Los manuales se dirigen más a las entidades psicopatológicas atomizadas en síntomas, que al paciente como persona global. La manualización se ha convertido en una exigencia para entrar en la famosa *Guía de Tratamientos empíricamente validados*. Se han aportado numerosas reflexiones acerca de los *pros i contras* de dicha guía y, en concreto, los efectos contraproducentes de la manualización (Henry, 1998), (Beutler, 2000), (Fernández et als. 2001), (Pascual et als. 2004). Coinciden las críticas en que tanto la citada Guía, como los criterios de manualización, están más al servicio de la investigación que de la práctica clínica. Servir a dos amos al mismo tiempo, ya sabemos que es difícil, de ahí que lo que está al servicio de la investigación, no siempre está al servicio del paciente.

En ciencias o disciplinas que tratan a las personas, las técnicas no pueden ser a imagen y semejanza de otras técnicas y métodos que tratan otros objetos de la naturaleza. Las técnicas y los métodos deben ser a imagen y semejanza de nuestro objeto particular, la persona humana, y no cabe la repetición y control absoluto de nada o casi nada. El manual de los terapeutas cognitivo-conductuales, o la técnica de los terapeutas psicoanalíticos son referentes muy importantes para aproximarnos al paciente, nos “guían” para adecuarnos a nuestro rol como terapeutas, pero no nos ayudan a comprender a las personas, a empatizar con sus vivencias y su sufrimiento... por eso no podemos echar por la borda la relación, la experiencia intersubjetiva, la vinculación con el paciente... la persona del terapeuta.

LA POSTMODERNIDAD ¿un balón de oxígeno para el psicoanálisis? ¿o acaso tenía razón?

Los aires de la postmodernidad han aportado un balón de oxígeno al psicoanálisis, así lo podrían considerar los detractores; en cambio, los allegados podrían decir que le están dando gran parte de razón al viejo psicoanálisis. Considero que algunos de los principios (si es que el movimiento postmodernista los tiene) se reencuentran con modos de pensar y sentir psicoanalíticos. Efectivamente, la pérdida de la hegemonía del método científico positivista, como único valedor y legitimador del conocimiento “verdadero”, la crítica al modelo cuantitativo (Capafons y Sosa 2006); el valor del conocimiento obtenido de la experiencia y la práctica (Caro, 1995); (Botella, 1995), la apuesta por lo cualitativo... etc. estos supuestos sintonizan claramente con la mentalidad psicoanalítica.

Freud fue un racionalista cartesiano, en su manera de pensar, que aspiraba a crear una ciencia que tuviera un reconocimiento como tal, dentro de las ciencias naturales. El psicoanálisis fue el primer sistema psicoterapéutico de la modernidad. Sin embargo los descubrimientos le llevaron por unos derroteros inesperados, topó con descubrimientos (el inconsciente pulsional y conflictivo) difíciles de encuadrar en un esquema positivista, con lo cual, y quizá a pesar suyo, muchos aspectos de su

aportación, tienen clara influencia del romanticismo. Como muy bien señala Botella (1995) el psicoanálisis es un híbrido entre un modelo romántico y otro racional-moderno. Le dolía a Freud que su producción se escapara de los cánones científicos de su época, declaró, en *Proyecto de una psicología para neurólogos* su deseo: de *estructurar una psicología que sea una ciencia natural*.

Sus preferencias personales, nos confiesa, era ser científico y construir una psicología que fuera una ciencia natural, pero se le resistió su objeto de conocimiento, y optó por seguir hacia donde le llevara su descubrimiento, aunque tuvo que sacrificar el método junto con sus preferencias personales.

En este artículo me posiciono considerando el psicoanálisis desde la psicología académica y, la psicología académica, desde el psicoanálisis. Intento empatizar y, al mismo tiempo, reflexionar desde una actitud crítica, con ambas posiciones. Se aportan algunas consideraciones para explicar el tradicional desencuentro entre el psicoanálisis y la psicología académica: la adscripción al modelo positivista por parte de la psicología académica, y la adscripción al enfoque clínico como contexto único de práctica terapéutica e investigación, por parte del psicoanálisis. Se comentan los aspectos restrictivos de ambas posiciones: qué debería revisar el psicoanálisis para afrontar el presente y el futuro, qué debería aprovechar la psicología de las aportaciones psicoanalíticas.

Palabras Clave: psicoanálisis, psicología académica, investigación empírica, práctica clínica.

Referencias bibliográficas

- A.P.A. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson
- AVILA, A., ROJÍ, B. y SAÚL, L. A. (2004) *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- AVILA, A., MITJAVILA, M. y GUTIERREZ, G. (2004) La investigación en psicoterapia psicoanalítica. En *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- BASSIN, F.V. (1972) *El problema del inconsciente*. Buenos Aires: Granica Editor
- BEUTLER, L. E. (2000) Empirically Based Decision Making In Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, (versión on line) vol. 3, article 27
- BOTELLA, L. Y FIGUERAS, S. (1995) Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia* 24, 13-28
- BRAKEL, L.A et als (2000) The Primary Process and the Unconscious: Experimental evidence supporting two psychoanalytic presuppositions. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 553-569
- CARLI, R. (1990) El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia* 1, 71-83
- CARO, I. (1995) La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*. 24, 29-44
- CAPAFONS, J. y SOSA, C. D. (2006) ¿Hay algo nuevo en terapia psicológica?: Tres propuestas y una respuesta

- posible. *Papeles del Psicólogo*, 27, 100-103
- CHAMBLESS, I. D. et als. (1998) Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 1, 3-16
- ERDELYI, M. H. (1990) *Psicoanálisis. La psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Labor
- EYSENCK, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FERNÁNDEZ, J. R.; PÉREZ, M. (2003) Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos *Psicothema*, vol. 13, 3, 337-344
- FOULKES, D. (1982) *La gramática de los sueños*. Barcelona: Paidós
- FRANK, J. D. (1988) Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En J. Mahoney y A. Freeman (comps.). *Cognición y psicoterapia* Barcelona: Paidós
- FREUD S. (1895) Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas, vol I.* (1974) Madrid: Biblioteca Nueva
- FREUD S. (1895) Proyecto de una psicología para neurólogos. En *Obras Completas, vol VI.* (1974) Madrid: Biblioteca Nueva
- FREUD S. (1915) Lo Inconsciente. En *Obras Completas, vol VI.* (1974) Madrid: Biblioteca Nueva
- FREUD, S. (1926) Análisis profano. En *Obras Completas, vol III.* (1974) Madrid: Biblioteca Nueva.
- FROUFE, M. (1997) *El inconsciente cognitivo*. Madrid: Biblioteca Nueva
- GREEN, A. (1996) ¿Qué tipo de investigación para el psicoanálisis. *Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional*. Vol. 5 (1), 10-21
- GRÜNBAUM, A. (1982) *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press
- GRÜNBAUM, A. (1993) *Validation in the Clinical Theory of Psychoanalysis*. Madison: Universities Press
- HENRY, W. P. (1998) Science, Politics, and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment research. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 126-140
- JARNE, A. & TALARN, A. (2000) *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós
- JIMENEZ, J. P. (2000) El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Aperturas psicoanalíticas. Revista de psicoanálisis* N° 4, formato electrónico <http://www.aperturas.org>
- JIMENEZ, J. P. (2004) Validez y validación del método psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*. N° 18 formato electrónico. <http://www.aperturas.org>
- JUNG, C. G. (1938) *Lo inconsciente* Buenos Aires: Losada
- KANDEL, E. R. (1999) Biología y futuro del psicoanálisis: retorno a una nueva estructura intelectual para la psiquiatría. *The American Journal of Psychiatry. Edición Española*, vol. 2, n° 4, 259-278
- MARTÍN, F. (2006) Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo* vol. 27, 104-115
- MITJAVILA, M. (1994) La iniciación del tratamiento, en *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Compiladores: A. Avila y J. Poch. Madrid: Siglo XXI.
- MITJAVILA, M. & POCH, J. (2001) Investigación en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. *Revista de psicoanálisis. Número Especial Internacional*. 8, 233-248.
- MUSSO, J. R. (1970) Problemas y mitos metodológicos de la psicología y la psicoterapia. Buenos Aires: Psique
- PALLY, R, OLDS, C. and OLDS, D (1998) Consciousness: A neuroscience perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 971-989
- PASCUAL, J.; FRÍAS, Mª D. y MONTERDE, H. (2004) Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*. (versión on line) Abril, n° 27
- PIAGET, J. (1961) *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica
- POCH, J.; JARNE, A., TALARN, A & CASTILLO, J. A. (1992) *La consulta en psicología clínica. Diagnóstico y comprensión dinámica*. Barcelona: Paidós
- POCH, J. y AVILA, A. (1998) *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós
- SHELDER, J. (2003) A New Language for Psychoanalytical Diagnosis. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 50, 2, 429-456
- SHULMAN (1990) The Investigation of Psychoanalytic Theory by Means of Experimental Methods. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 487-498.
- SKINNER, B.F. (1975) *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella
- VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78

PSICOANÁLISIS Y NEUROCIENCIA

Joan Coderch, Sociedad Española de Psicoanálisis

Email: 2897jcs@comb.es

The great achievements in neuroscience have promoted in wide areas of society the idea that knowledge on how brain works has discredited and left as useless many psychological and analytical concepts and, among them, psychoanalysis. This idea has also been spread among some groups inside psychiatry and psychology from who better information would be expected. In this article it is proved that, against what is expected, in fact it happens to be absolutely the opposite. The historic origins of neuroscience are narrowly related to psychoanalysis through the figure of Luria, who founded the psychoanalytic society of Kazan, belonged to the psychoanalytic society of Russia and published many psychoanalytic articles in German magazines specialized on it. In this article several meeting points between the psychoanalytic theory and discoveries by neuroscience are exposed and it's also pointed out that several of these last ones confirm psychoanalytic hypothesis and concepts.

Key words: neuroscience, psychoanalysis, self, Freud, Luria

INTRODUCCIÓN

Eric Kandel, premio Nobel de Medicina y Fisiología 2000, y sin duda el máximo representante de la neurociencia en el momento actual, afirma en un trabajo publicado en la revista *American Journal of Psychiatry*: “...psychoanalysis still represents the most coherent and intellectually satisfying view of the mind” (“el psicoanálisis todavía representa la perspectiva más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente”, p.506; la traducción es mía). En este artículo, Kandel (1999) hace un llamamiento a la colaboración, que él considera muy positiva, entre psicoanálisis, neurociencia y psicología cognitiva.

Si he abierto mi trabajo en este número de *Psicoterapia*, seguramente para sorpresa de muchos, con esta cita tan contundente de Kandel, la más reconocida figura de la neurociencia en el momento actual, es para quede claro desde un principio que el psicoanálisis, como toda disciplina científica, debe estar sujeta a críticas argumentadas y racionales –no a críticas emocionales y sin conocimiento de causa– pero que la creencia de que neurociencia y psicoanálisis son incompatibles, y que los avances espectaculares de la primera desmontan el edificio teórico

del psicoanálisis –tal como puede escucharse o leerse a menudo en libros de difusión cultural, medios de comunicación y también, infortunadamente, por quienes debieran estar mejor informados– no puede sostenerse a la luz de la realidad de lo que habitualmente llamamos “hechos objetivos”.

Pero continuando por el mismo camino, si la afirmación de Kandel puede sorprender a muchos, tal vez causará mayor asombro, a quienes son desconocedores de la historia del psicoanálisis, saber que el indiscutible fundador de la moderna neurociencia, y hasta su muerte y aun después de ella la figura más eminente de la misma, el ruso Aleksandr Romanovich Luria, fue un psicoanalista durante parte de su vida. En 1922, con la conformidad de Freud fundó la sociedad psicoanalítica de Kazan. Más adelante se trasladó a Moscú y se afilió a la sociedad psicoanalítica Rusa, que había sido fundada en 1921, de la cual fue secretario, y en cuyo seno continuó sus trabajos como psicoanalista durante el resto de la década de los veinte. Publicó varios trabajos en el *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. En los archivos de Luria pueden consultarse las notas clínicas en las que se basaban estos trabajos. Desgraciadamente para Luria y para el psicoanálisis, ya a principios de los treinta la política de la Unión Soviética se mostró contraria al psicoanálisis, y Luria se vio obligado a retirarse de sus actividades psicoanalíticas y confesar su “error de juventud” por haberse dejado engañar por una ciencia que, según escribió en la *Gran Enciclopedia Soviética*, intenta explicar en términos biológicos, y no por sus determinantes históricos y sociales, el complejo estado de conciencia de los seres humanos (Kaplan –Solms, K. y Solms, M., 2000). En la misma época, con el advenimiento del nazismo al poder, los psicoanalistas que vivían en Alemania o en Austria se vieron obligados a emigrar a otros países, principalmente Inglaterra y los EE.UU.

Con relación a la renuncia de Luria al psicoanálisis, dicen Kaplan –Solms, K. y Solms, M. (2000) que una revisión de las publicaciones de Luria después de su retractación pone en evidencia que los conceptos y metodología que debía a Freud se encontraban únicamente enterrados bajo capas de verbalización ideológica. Juzgan estos autores que ello se hace meridianamente evidente en el libro de Luria *The Nature of Human Conflicts* (1932), fundamentado en los trabajos clínicos realizados cuando era miembro de la sociedad psicoanalítica Rusa, pero en el texto el nombre de Freud y los términos psicoanalíticos son cuidadosamente evitados, siendo substituidos por los términos y conceptos propios de la organización *jacksoniana*, tal como, según dicen estos autores, Freud había hecho en sus estudios sobre la afasia.. Otra gran aportación de Luria en la que es palpable su formación psicoanalítica, según los mismos autores, es su método de investigación, denominado *localización dinámica*, para el estudio de los pacientes que sufren trastornos psicológicos a causa de lesiones cerebrales. En este método, Luria modifica el clásico modelo clínico-anatómico para adaptarse a la naturaleza fundamentalmente dinámica de los procesos mentales. Este método consta de dos etapas: *la cualifica-*

ción del síntoma y el análisis del síndrome. El sentido del término localización dinámica se debe a que no se trata de localizar propiamente la función alterada, sino las partes componentes del aparato que la sostiene.

Como es natural, dentro de esta mirada a los comienzos de la relación entre neurociencia y psicoanálisis no podemos olvidar que uno de los primeros escritos de Freud (1895), aunque no fue publicado hasta 1950, es el *Proyecto de Psicología*, en cuya Introducción puede leerse: “El propósito de este trabajo es brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables...” (p.339).

Siguiendo un poco con el tema de la colaboración entre neurociencia y psicoanálisis, he de mencionar que desde 1990 funciona en Nueva York el *Neuroscience Study Group* del *New York Psychoanalytic Institute*, grupo que en la actualidad se denomina *Arnold Pfeffer Center for Neuro-Psychopathology*, dedicado a la investigación y enseñanza de las vinculaciones entre psicoanálisis y neurociencia. En este grupo participan, junto a reputados psicoanalistas, neurocientíficos de primerísimo fila, como son el ya mencionado Eric Kandel, Antonio Damasio, Joseph LeDoux., Rudolfo Llinas, Karl Pribram, Jan Panksepp, etc. Réplicas de este grupo han ido implantándose en las más importantes capitales. Desde el 2000 se publica la revista *Neuro-Psychanalysis*, el cual, es, también el nombre que ha sido adoptado para esta nueva disciplina, cuyo primer Congreso Internacional tuvo lugar en Londres en 2000, continuando su celebración anualmente hasta el momento presente, con temas tratados interdisciplinariamente, tales como *emoción, memoria, sexualidad y género*, etc . En el 2000, en el Congreso celebrado en Londres, fue fundada la *International Neuro-psychoanalysis Society*, con 400 miembros fundacionales (Solms, M. y Turnbull, O., 2004).

Me parece que, con lo que ya llevo dicho, queda suficientemente claro que sólo el desconocimiento puede llevar a creer que neurociencia y psicoanálisis son incompatibles, o, todavía más, como proclaman algunos críticos del psicoanálisis, que los progresos de la neurociencia significan un golpe mortal para el psicoanálisis. La realidad es, tal vez paradójicamente, lo contrario. Los avances y las nuevas técnicas de la neurociencia están dando un impulso creciente a la disciplina psicoanalítica. Otra cosa es que algunos neurofisiólogos, en su perfecto derecho, juzguen las teorías del psicoanálisis equivocadas. Pero esto, por lo que he puesto de relieve y por lo que seguiré exponiendo, no puede en modo alguno generalizarse. A continuación, y en lo que resta de este trabajo, expondré diversos aspectos de estas vinculaciones entre neurociencia y psicoanálisis.

Hasta después de la mitad del siglo pasado sólo se conocía un tipo de memoria, la memoria evocativa, a la que ahora llamamos declarativa o explícita, la cual es la clase de memoria que nos es revelada por la recuperación consciente de previas experiencias acaecidas a lo largo de la vida, así como de los conocimientos e información adquiridos por el sujeto. Pero ya en las últimas décadas del pasado siglo

se descubrió la existencia de diversos sistemas de memoria, con diferente localización cerebral, que luego comentará brevemente. Pues bien, a la luz de estos descubrimientos podemos ver que Freud, aunque su objetivo no era el estudio de la memoria en concreto, sino la investigación de la mente de los pacientes, se adelantó casi un siglo con sus observaciones a la concepción actual de la memoria, con su descubrimiento del fenómeno que llamó y seguimos llamando *transferencia*, vocablo constituido por el verbo latino *fero*, que significa “llevar,” “trasladar” y la proposición latina *trans*, que significa “al otro lado de”. Lo que Freud descubrió a partir su trabajo *Fragmento de Análisis de un caso de Histeria* (1905), y que siguió estudiando en otros trabajos (1912, 1915, etc.). fue que los pacientes repetían con el analista las fantasías, emociones, conflictos, sentimientos, formas de relación, etc., que habían vivido en su infancia con sus progenitores, es decir, que “llevaban”, “trasladaban”, experiencias vividas en un momento determinado de su vida, a “otro lado”, más allá de aquel momento y, por tanto, se comportaban relacional y emocionalmente con el analista según las experiencias de su pasado. Pues bien, esto que descubrió Freud es, precisamente, el más moderno concepto de la memoria, el de que *la memoria es la influencia de los hechos pasados sobre el comportamiento y las experiencias presentes del sujeto* (Kandel, E., 1993; Davis; Pally, R., 2003). Es evidente que los neurocientíficos no han llegado a cabo su adquisición de nuevos conocimientos acerca de la memoria motivados por las ideas de Freud sobre la transferencia. Pero cuando, después de décadas de ignorancia mutua, especialistas de una y otra disciplina se han acercado y dialogado entre sí, han ido apareciendo múltiples puntos de convergencia aun cuando, en honor a la verdad, he de admitir que tal acercamiento no se ha generalizado todavía lo suficiente ni incluye la base de ambas disciplinas, sino que se encuentra limitado a lo que podemos llamar colaboraciones e investigaciones de alto nivel.

Uno de los aspectos de mayor interés por lo que respecta a la confluencia de ambas disciplinas en torno a la memoria, es el que hace referencia a la llamada memoria de procedimiento, el conocimiento de la cual ha supuesto una gran revolución en el estudio de la memoria y nos ha permitido llegar a saber que existen dos clases de inconsciente: el inconsciente dinámico o reprimido, y el inconsciente implícito o no reprimido. Pero antes de seguir adelante con esta cuestión creo que será de interés, para una mayor comprensión de este tipo de memoria y diferenciarlo de los restantes, recordar brevemente los diversos sistemas por los que hoy en día juzgamos que se halla constituida la memoria.

A) *Memoria icónica*. Se produce cuando un estímulo externo incide en los órganos sensoriales, y estas áreas permanecen activas menos de un segundo, lo justo para que la información sea procesada y de lugar a la percepción.

B) *Memoria de trabajo*, llamada también memoria de corta duración. La información de la memoria de trabajo proviene de los estímulos actuales producidos por la situación presente o de la recuperación momentánea de información almace-

nada en la memoria de larga duración. La memoria de trabajo es la que nos permite mantener simultáneamente en nuestra mente un número determinado de piezas de información para manejarlas y relacionarlas entre sí. Por ejemplo, quienes están leyendo este párrafo necesitan recordar todo el contenido desde el principio para comprender el conjunto.

C) *Memoria de larga duración*. Está constituida por el almacenamiento duradero y estable de la información adquirida durante el curso de la vida. La información de la memoria de trabajo se halla almacenada en la memoria de larga duración, la cual fluye hacia la memoria de trabajo cuando es necesario disponer de ella para resolver los problemas y situaciones que se presentan. Las estructuras propias de la memoria de larga duración se hallan localizadas en el hipocampo y la parte media del lóbulo temporal. La memoria de larga duración se divide en: C' *Memoria explícita o declarativa* y C'' *Memoria implícita o no declarativa*.

C' *Memoria explícita o declarativa*. Es la que conocemos por "memoria" en el sentido habitual del término. Se nos hace presente por la recuperación o evocación consciente de conocimientos y experiencias del pasado. Se divide en: *Memoria semántica*, y *Memoria episódica*. La memoria semántica constituye la red de nuestro básico conocimiento del mundo, de las cosas, de las palabras, de los hechos, de las categorías y conceptos, etc. Es una memoria de tipo "enciclopédico", impersonal, de la que, exagerando un poco, podemos decir que igual podría pertenecer a otro sujeto, porque no hay nada personal en ella. Es la memoria que nos permite recordar cuales son las capitales de las principales naciones del mundo, por ejemplo, o responder a las preguntas cuando nos examinamos de una materia. La memoria episódica es, contrariamente a la semántica, la memoria de nuestras experiencias personales, nuestra memoria única e intransferible. Esta memoria es consciente porque comporta revivir pasados momentos de experiencia, vinculando, por tanto, estados del *self* con circunstancias del mundo que nos rodea y la conciencia es, a la vez, el medio y el mensaje de tales vinculaciones.

C'' *Memoria no declarativa o implícita*. Es la memoria de las informaciones y experiencias que no han sido procesadas conscientemente. . Desde el punto de vista anatómico, la memoria implícita tiene una localización más difusa, y en ella participan, según los diversos tipos de memoria implícita, la amígdala, los ganglios basales, el cerebelo y las áreas parieto-temporo-occipitales. La memoria no declarativa se divide en tres sistemas.: *memoria de configuración o forma (priming)*, *memoria emocional* y *memoria de procedimiento*. La memoria de configuración es la que nos permite reconocer palabras, formas y sonidos previamente percibidos, a partir de pequeños trazos o fragmentos de ellos. Su centro se halla en las zonas sensoriales posteriores

La memoria emocional es la respuesta emocional condicionada a determinadas situaciones, y no debe ser confundida con el recuerdo consciente de la emoción experimentada, el cual pertenece a la memoria declarativa. Su principal estructura

subyacente es la amígdala. La memoria de procedimiento incluye la memoria de aprendizajes psicomotores (nadar, ir en bicicleta, tocar un instrumento musical) pero también –lo que es del mayor interés tanto para el psicoanálisis como para la psicología cognitiva– el almacenamiento de respuestas condicionadas y de pautas de relación interpersonal. Dado su gran interés como uno de los puntos de mayor confluencia entre el psicoanálisis, la psicología cognitiva y la neurociencia, convendrá dedicarle algunos comentarios.

En 1954 Brenda Milner, que se encontraba estudiando a un paciente amnésico, conocido como HM, descubrió que lo que llamamos ahora memoria declarativa tenía su sede en el lóbulo temporal medio y en el hipocampo. Pero más adelante descubrió que, pese a su total ausencia de memoria evocativa consciente, H.M. era capaz de aprender habilidades psicomotoras, para las cuales no precisaba ningún poder evocativo. Se trata de una memoria completamente inconsciente y que se hace evidente únicamente en la ejecución o *performance*. En el momento actual, los neurocientíficos creen que habitualmente ambos sistemas de memoria, el declarativo y el implícito se utilizan conjuntamente, de manera que intervienen en el almacenamiento de la mayor parte de experiencias, aunque con diferente predominio. Por otra parte, la frecuente repetición de una determinada actividad adquirida conscientemente a través de la memoria declarativa, puede transformar a esta última en memoria de procedimiento.

Ha incrementado el interés de la memoria de procedimiento para explicar, e incluso predecir, el comportamiento humano, la comprensión de que en ella se incluyen dos elementos, evidentemente vinculados entre sí: el condicionamiento clásico y la formación de pautas de relación a partir de la infancia. En cuanto al primero, la investigación ha puesto de relieve que, contrariamente a lo que siempre se había pensado, el condicionamiento no es un proceso simple, a diferencia de las respuestas reflejas meramente pasivas, sino un proceso altamente complejo, capaz de representar complejas relaciones temporales, espaciales y lógicas entre determinados estímulos y sucesos y el contexto en el cual tienen lugar (Davis, T., *Ibíd.*). Por tanto, podemos considerar que los condicionamientos, con las expectativas y consecuencias que presuponen en cuanto a determinados comportamientos en ciertas circunstancias concretas, gobiernan, de forma no tenida suficientemente en cuenta hasta ahora, la conducta y formas de relación del sujeto, tanto en su vida cotidiana como a lo largo del proceso analítico y, por tanto, nos ayudan a comprender el fenómeno transferencia analítica. Estas expectativas incluidas en el condicionamiento llevan al sujeto a buscar ciertos ambientes y relaciones, así como a evitar otros, a producir un cierto tipo de respuestas, etc., por tanto, a estructurar lo que llamamos el “carácter” del sujeto. Dado que dentro de la visión actual del psicoanálisis predomina la idea de que el psicoanálisis como tratamiento es “análisis del carácter”, es por ello que antes he dicho que encontramos aquí un fecundo punto de convergencia entre psicoanálisis y neurociencia.

Este interés se ve incrementado por las investigaciones –en las que se recurre a grabaciones– de las relaciones bebés –padres desde los primeros momentos de la vida. Destacan en este aspecto D. Stern y colaboradores, los cuales forman el *Boston Process of Change Study Group* (BPCSG). Con relación a estas investigaciones, reproduzco aquí lo que recientemente he escrito en otro lugar (Coderch, J., en prensa): “El bebé capta el efecto que los estímulos que provienen de sí mismo producen en los padres, adopta los signos que emite –llanto, gesticulación, balbuceos, sonrisa, etc., – a las respuestas que precisa para la gratificación de sus necesidades, percibe la reacción que esta nueva emisión origina en ellos y modifica sus pautas de comportamiento para una nueva adaptación, etc. De esta manera, va construyendo un equipo de experiencias que queda almacenado en su memoria de procedimiento y que, en cada ocasión, le permite configurar la conducta más favorable para la satisfacción de sus demandas... Estos juegos interactivos son progresivamente internalizados, dando lugar a representaciones mentales que actúan como pautas o esquemas que dan significado a los estímulos provenientes del mundo exterior y, por tanto, organizan las relaciones con las personas que rodean al bebé”. A este conjunto de pautas de relación internalizadas, los autores del BPCG denominan *comportamiento relacional implícito*, el cual se pone de manifiesto en la forma habitual del sujeto –o del paciente– de relacionarse con los otros –con su analista. Así pues, tanto en los condicionamientos clásicos, como en el conocimiento relacional implícito radica la gran importancia de la memoria de procedimiento, mucho más allá del aprendizaje de habilidades psicomotoras. Estas memorias de procedimiento, tanto las que conciernen al aprendizaje como aquellas en las que se funda el conocimiento relacional implícito, constituyen el inconsciente implícito o no reprimido. Hoy día, el psicoanálisis y la neurociencia están de acuerdo en la existencia de dos clases de inconsciente: el inconsciente clásico freudiano, que es el dinámico o reprimido, y el inconsciente de procedimiento, no reprimido. La neurociencia ha puesto de relieve, de manera objetivable, la memoria de procedimiento, pero ya Freud la intuyó, sin contar con ningún medio técnico, en sus estudios sobre la transferencia. Dice Mauro Mancía (2006) a este respecto:

“En 1930 en El Malestar en la Cultura, Freud creó una metáfora histórico-arqueológica para afirmar que todo lo que se ha vivido en el pasado no puede ser borrado. “Sobrevive” en el presente. Y la transferencia permite su retorno. Pero sobrevivir no significa recordar. La transferencia puede, pues, permitir la recuperación de una experiencia infantil a través del recuerdo como medio de otras modalidades que no tienen que ver con el recuerdo. Como es evidente, volvemos aquí a la situación actual de la doble función de la memoria: la función explícita, que permite el retorno de lo reprimido a través del recuerdo, y la función implícita que permite el retorno de lo no reprimido a través de otros caminos que no son el recuerdo” (p. 3; subrayados del autor).

El mismo Kandel (1999) se refiere a la idea de Freud de que hay una parte del yo que es inconsciente sin que esté reprimida. A diferencia de la parte del yo que se halla reprimida y que, por tanto, pertenece al inconsciente dinámico, la parte del yo inconsciente y no reprimida no tiene que ver con los conflictos pulsionales. Sin embargo, a diferencia del preconscious, esta parte inconsciente del yo, aunque no reprimida, no es accesible a la conciencia. Termina Kandel estas consideraciones afirmando: “*Dado que este inconsciente tiene que ver con hábitos y habilidades motoras y perceptivas, se halla incluida dentro de la memoria de procedimiento. Por tanto, me referiré a ella como el inconsciente de procedimiento*” (p. 512: subrayado del autor; la traducción es mía). Así mismo, Kandel subraya la posibilidad de que lo que llamamos la conciencia moral haya sido adquirida a través de “medios de procedimiento” (*procedural means*). Cree Kandel que las personas, por regla general, no recuerdan en qué circunstancias han asimilado las reglas morales que gobiernan su conducta. Se trata de reglas que han sido aprendidas casi automáticamente, igual que las reglas de gramática que rigen nuestro lenguaje nativo.

Otro importante punto de convergencia entre neurociencia y psicoanálisis es el que proviene del descubrimiento por Gallese, confirmado posteriormente por otros autores, citado por Solms y Turnbull (Ibíd.) de las llamadas “neuronas en espejo” (*mirror neurons*), las cuales se encuentran en la cara externa de los lóbulos frontales. Se ha dicho que la mejor manera de explicar cómo trabajan estas neuronas es con la frase: “El mono ve, el mono hace”. Cuando en el laboratorio de experimentación un mono realiza alguna acción, las neuronas correspondientes de su corteza motora están excitadas. Y si otro mono lo está observando pasivamente, sus neuronas motoras correspondientes al tipo de movimiento que está observando se hallan también en estado de excitación, es decir, que están reflejando, como un espejo, aquello que el segundo animal observa, el cual podemos decir que está realizando el mismo movimiento virtualmente, en la “imaginación”. Pese a que en los humanos no está todavía demostrada la existencia de estas neuronas, Solms y Turnbull creen razonable pensar, dado el parecido que en otras funciones cerebrales se comprueba entre monos y humanos, que en estos últimos ha de encontrarse un funcionamiento similar. Si esto es así, y nada hace suponer que no lo sea, no cabe duda de la gran trascendencia de este descubrimiento. Nos permite explicar muchas cosas a cerca del desarrollo mental en los niños y de la adquisición de lenguaje y las pautas de comportamiento. Por ejemplo, algo que siempre ha sorprendido a los estudiosos de la infancia y a los lingüistas es la enorme facilidad que muestran los niños para la adquisición del vocabulario y la pronunciación de palabras, frecuentemente tras haberlas escuchado una sola vez. Esto puede comprenderse si pensamos que, cuando el niño escucha una palabra nueva, las células motoras de su cerebro correspondientes a las que impulsan los movimientos de las cuerdas vocales de quien le está hablando se hallan ejecutando virtualmente la misma respuesta

motora, la cual queda ya inscrita en los circuitos neuronales correspondientes. Lo mismo podemos decir en cuanto al aprendizaje de pautas y normas de conducta, ya que es razonable suponer que las órdenes y normas que el niño recibe permanecen en su mente en forma de un lenguaje interno del que emanan estos mismos mandatos. Muchas más cosas podrían decirse respecto a esta cuestión, pero lo que ahora me interesa es subrayar su importancia para la teoría y la técnica del psicoanálisis.

Podemos suponer que las neuronas en espejo conforman la base neurobiológica de la “empatía”, entendiendo con este término la capacidad de dejar resonar dentro de uno mismo los sentimientos, emociones, estados de ánimo, etc., de aquel a quien estamos escuchando o con quien nos estamos relacionando, por tanto, de compartir las vivencias emocionales de otro. La técnica psicoanalítica se apoya, en gran parte, en esta resonancia emocional que el paciente provoca en el analista, lo cual permite a éste captar y comprender aquello que el primero intenta comunicarle. Y lo mismo podemos decir del paciente respecto al analista. Pero hay un punto de especial importancia, tanto para la teoría como para la técnica psicoanalítica, que puede quedar mejor comprendido a través del funcionamiento de las neuronas en espejo, que es el que concierne al fenómeno de la llamada *identificación proyectiva*. La identificación proyectiva fue descrita por Melanie Klein (1946), y desde entonces la importancia que se le atribuye no ha dejado de crecer, considerándose como el proceso básico de comunicación paciente-analista, más allá del significado semántico de las palabras empleadas por uno y otro. La identificación proyectiva se basa en la fantasía de poner dentro del objeto partes del propio *self* o de los objetos internos. En esta fantasía, la relación con el objeto se establece sobre la base de introducir dentro de él partes del propio mundo interno. Ahora bien, hemos de tener en cuenta que el objeto sobre el cual se proyecta es a la vez introyectado, de forma que la fantasía de identificación proyectiva se refiere, en última instancia, a la relación con un objeto interno y no con el objeto externo. Lo que ocurre es que siguiendo el interjuego continuado de introyección–proyección, sobre el objeto externo presente –el analista– es proyectado de nuevo este objeto interno, previamente invadido por las proyecciones que sobre él han tenido lugar (Coderch, J. 1995). Los psicoanalistas consideramos que la identificación proyectiva se halla en la base de la comunicación humana, y la moderna filosofía del lenguaje, aunque no haga uso de este término, confirma esta idea al afirmar que los humanos no nos comunicamos codificando y decodificando el significado semántico de los signos verbales, sino “infiriendo” la intención comunicativa de nuestro interlocutor, la cual puede hallarse muy alejada del significado semántico de las palabras que pronuncia. En el análisis observamos que, además de la intención comunicativa, también hay un tipo de identificación proyectiva basada en el deseo de formar una unidad simbiótica con el analista. Otro tipo es el que se basa en el deseo de negar la realidad psíquica, proyectándola en el analista u otros objetos externos, a los que se exige que se hagan

cargo de ella. Otro tipo obedece al intento de negar la realidad de separación, depositando en el analista u otros objetos partes del propio *self*, etc. Hasta ahora podía parecer que el concepto de identificación proyectiva, por tanto la transmisión al analista, por parte del paciente, de sus fantasías inconscientes más allá de las palabras que pronuncia no podía apoyarse en otras base que en la impresión subjetiva de los analistas. Hoy sabemos que esta impresión tiene su soporte en el cerebro. Milrod, D. (2002) afirma que Gallese y colaboradores piensan que el observador puede penetrar en el mundo del otro más allá de la compleja actividad cognitiva y teórica y que incluso sugieren que del sistema de las neuronas en espejo es el ingrediente adecuado para los procesos de identificación.

Otra cuestión a la que quiero referirme es la que concierne a la validación neurofisiológica de la psicoterapia a través de las técnicas de imagen y de la comprobación de las modificaciones de los niveles de algunos transmisores, estas pequeñas moléculas químicas que pasan de una neurona a la siguientes como medio de comulación entre ellas y que se hallan alteradas en algunos trastornos psíquicos, como, por ejemplo, en la depresión. Es bien cierto que la aplicación de estas técnicas para verificar el resultado de la psicoterapia psicoanalítica se encuentra todavía en sus inicios, pero hay ya algunos resultados esperanzadores. Así, por ejemplo, J. Lethonen (2005) profesor de psiquiatría de la Universidad de Kuopio (Finlandia) ha mostrado que pacientes depresivos tratados con psicoterapia psicoanalítica experimentaron una normalización de los niveles de serotonina en los casos en que el cuadro clínico evolucionó favorablemente, y que no se produjo esta normalización en los casos en los que no se presentó esta evolución favorable. Es necesario tener en cuenta que comprobaciones similares se han obtenido en pacientes tratados con psicoterapia cognitiva. A mi me parece razonable pensar que la similar normalización de los neurotransmisores en pacientes tratados bajo diferentes perspectivas teóricas, como son la psicoanalítica y la cognitiva, es debida a que, junto al diferente contenido “explicativo” de las intervenciones del terapeuta, existe algo en común en las dos praxis, el intercambio emocional que se establece entre el terapeuta y su paciente, lo que se ha venido a llamar el “encuentro de dos mentes”. Pero este es un asunto que no forma parte del tema de este trabajo.

La cuestión del concepto del *self* y la *self representación* constituye también un punto de encuentro entre el psicoanálisis y la neurociencia. No, por cierto, por el hecho de que psicoanalistas y neurocientíficos estén de total de acuerdo sobre este tema, pero sí por el hecho de que el concepto despierta profundo interés y apasionados debates en unos y otros, lo cual ya es en sí un punto de coincidencia, al cual pueden añadirse otros. Tal vez, si nos lo tomamos con cierto sentido del humor, podemos decir que una de estas coincidencias es que tanto en el campo de la neurociencia como en el del psicoanálisis existe una clamorosa falta de unanimidad entre los autores acerca de qué cosa es el *self*.

Para esta cuestión me basaré en el extenso y documentado trabajo de D.

Milrod. (2002), el cual se propone establecer un puente entre psicoanálisis y neurociencia a través de los conceptos de *self* y representación del *self*. Afirma este autor que es conveniente diferenciar entre *self* y representación del *self*, aun cuando generalmente al hablar del *self* nos referimos a la representación del *self*, como haré yo en lo que sigue, para mayor brevedad. Tal vez será más fácil comprender esta distinción si comenzamos a considerarla a partir del objeto. No son lo mismo el “objeto” y la “representación del objeto”. El término “objeto “se refiere a algo externo y tangible, una persona en el lenguaje psicoanalítico. La “representación del objeto” es una imagen o representación (visual, acústica, etc., que va siempre acompañada de un sentimiento) del objeto externo que el sujeto forma y conserva en su mente. No es el objeto real, pero tiene una estrecha relación con él. Con el tiempo, y a través de diversas vicisitudes, la representación del objeto llega a integrarse en una estable y constante subestructura dentro del yo, separada y distante del objeto externo y que forma parte del aparato psíquico. De forma paralela, el término *self* se refiere al material y tangible individuo con todas sus características físicas y psicológicas, y con todas sus experiencias y su historia pasada. Lo mismo que ocurre con el objeto, en el curso de la evolución de cada individuo se forma en su mente una “representación del *self*”. Es una representación o una imagen (del tipo que sea) del *self* en la mente del sujeto, siempre acompañada de una constelación de sentimientos. En la literatura psicoanalítica las definiciones del *self* que se han dado son excesivamente numerosas para citarlas ahora, por lo que me limitaré a exponer la mía. Yo pienso que debemos entender por representación del *self* el conjunto de sentimientos de coherencia, unidad y continuidad de cada individuo, construido por la continuada interacción entre el sujeto y el medio ambiente que le rodea. Para sus propósitos, Milrod se apoya, fundamentalmente, en dos libros de dos grandes investigadores en el campo de la neurociencia: *Affective Neuroscience* (1998), de Jaak Panksepp, y *The Feeling of What Happens* (1999), de Antonio Damasio.

Algo en lo que están de acuerdo psicoanalistas y neurofisiólogos es que al hablar del *self* no se refieren a algo material, anatomía, neuronas, circuitos neuronales, neurotransmisores, neuroreceptores, etc., aunque este algo material sea el soporte que da lugar a la emergencia del *self*, sino que se refieren a una *estructura*. Una estructura no es algo perceptible que pueda ser visto o demostrado bajo el microscopio o por cualquier otro procedimiento. Una estructura es un conjunto de procesos o fenómenos psíquicos que se presentan con un grado significativo de regularidad, constancia y similitud funcional, de tal manera que son razonablemente predecibles. Así, por ejemplo, el superyo, para el pensamiento psicoanalítico, es predecible, y también lo es la conciencia, tanto para el psicoanálisis como para la neurociencia. El *self*, en tanto que representación, también es una estructura, no es una sustancia tangible a la que podamos observar con algún procedimiento físico.

Según Milrod, Panksepp afirma que no podemos entender nuestro cerebro sin confrontarnos con “este indefinible atributo de la mente que nosotros llamamos nuestro sentido del *self*” (p. 300; la traducción es mía). De forma parecida al pensamiento de Freud, Panksepp piensa que los valores de los hombres descienden por herencia genética de nuestro pasado ancestral. Cada vida individual es construida en el aquí y el ahora, pero los valores se hallan codificados en una antigua conciencia afectiva que, por un lado, se halla basada en procesos motores y representaciones corporales, y que, por el otro, genera la conciencia del *self*. También cree este autor que el *self* puede ser el fundamento de todas las otras formas de conciencia: por ejemplo, las más complejas formas que nos permiten ser auto-reflexivos y ser conscientes de que somos conscientes. Dado el alto sentido de unidad y continuidad que forma parte del *self*, sentido que se conserva incluso en el caso de lesiones cerebrales que conllevan pérdida de capacidades motoras o sensoriales, considera este autor que los fundamentos del mismo deben residir en el cerebro profundo, tal vez en los antiguos circuitos del tronco cerebral, esenciales para nuestro “ser conscientes”. También juzga que los “inefables sentimientos” de la experiencia de nosotros mismos como agentes activos de la percepción del mundo se encuentran vinculados a los circuitos cerebrales antiguos que representan al cuerpo como una totalidad coherente.

Para Damasio, el *self* es una parte indispensable de la mente consciente. De acuerdo con él, la “conciencia nuclear” da lugar a un sentido del *self* en el aquí y ahora, mientras que la “conciencia extensa” da lugar a un elaborado sentido del *self*, y coloca al sujeto en un punto histórico, con un pasado y un futuro. De esta manera, al igual que ocurre con las diferentes formas de conciencia, existen diferentes formas o niveles del *self*, el *self* nuclear y el *self* autobiográfico. Damasio vincula el *self* con el objeto, de manera que el sentido del *self* se engendra en el acto de conocer: conocer que estamos conociendo al objeto, y ello incluye un sentimiento interno de que existe un sujeto que tiene conocimiento del momento. La esencia de la conciencia nuclear somos nosotros involucrados en el proceso de conocer nuestra propia existencia y la existencia de los otros. Piensa Damasio que el *self* originario no es ni el *self* nuclear ni el *self* autobiográfico, sino lo que él llama un “proto-*self*”, un precedente biológico preconsciente compuesto de un grupo de pautas o diseños neuronales que “mapean” el estado físico del organismo.

Después de la exposición de las ideas de Panksepp y Damasio, de la que yo he podido trazar tan sólo algunas descoloridas pinceladas, Milrod nos ofrece sus propias reflexiones, de las cuales daré una brevísima síntesis. Afirma Milrod que, a su juicio, muchos psicoanalistas encontraran un eco de sus propias ideas en las contribuciones de estos neurocientíficos. Piensa que tanto Panksepp como Damasio se refieren al *self* desde una perspectiva del desarrollo, lo cual suena muy familiar a los oídos de los psicoanalistas. Esto puede verse muy bien en la descripción de Damasio acerca del proto-*self*, el *self* nuclear y el *self* autobiográfico. También

destaca la diferenciación que establecen ambos autores entre el *self* y el objeto, cuestión ésta que es central en el pensamiento psicoanalítico. La descripción, por parte de Damasio, del *proto-self* como un conjunto de pautas neuronales que “mapean” el cuerpo físico y el estado del organismo, coincide notablemente con la máxima de Freud de que el yo es, primeramente y ante todo, un yo corporal. Panksepp también se hace eco de esta idea, y Milrod cree que podemos alargar la máxima de Freud para incluir la idea de que la representación del *self* es, ante todo, una representación corporal.

Aunque Milrod juzga que no podemos hablar todavía, ni mucho menos, de una integración de los puntos de vista de la neurociencia y el psicoanálisis acerca del *self*, sí podemos decir que una confrontación de los conceptos del *self* descritos por ambas disciplinas revela numerosas áreas en las que parece que hay puntos de acuerdo y en las que algunas ideas se superponen. Los neurocientíficos vinculan el *self* con la conciencia y con el desarrollo del reconocimiento del objeto y, por tanto en su perspectiva el *self* y el objeto se hallan estrechamente entrelazados. Esto se encuentra sorprendentemente de acuerdo con el punto de vista psicoanalítico a cerca de la gradual, e imprescindible para la adecuada maduración mental, diferenciación del *self* y el objeto, de manera que el reconocimiento pleno del propio *self* sólo es posible a través del pleno reconocimiento del objeto como externo y separado del primero. Damasio remite el origen del sentido del *self* al momento en el que se produce un reconocimiento del propio organismo en el acto de conocer, y, por tanto, a la existencia de un sujeto con conocimiento del momento y con conocimiento de la propia existencia y de la existencia del otro. Piensa Milrod que esta sensitiva descripción es muy similar a la que, con diferente –pero yo creo que no muy diferente– vocabulario empleamos los psicoanalistas cuando describimos la evolución desde los primeros momentos de la vida, cuando no existe diferenciación *self*-objeto, hasta la plenitud de la diferenciación entre uno y otro. Concluye Milrod afirmando que aunque neurociencia y psicoanálisis parecen estar en el extremo opuesto del espectro psiquiátrico, cuando revisamos sus reflexiones acerca del *self*, su desarrollo y su funcionamiento, se aproximan sorprendentemente y comparten numerosos puntos de vista.

Siguiendo ahora con mi intento de poner de relieve la absoluta compatibilidad y aun el fructífero intercambio entre neurociencia y psicoanálisis dedicaré algunos comentarios al libro *The Emotional Brain* (1998), de Joseph LeDoux, quien es sin duda de las máximas figuras de la neurociencia. En el libro de LeDoux se halla Freud citado en 17 ocasiones. En ninguna de estas citas se lee algún comentario desfavorable a Freud o a sus ideas. En algunas de ellas la posición de LeDoux puede calificarse de neutra y siempre respetuosa, mientras que en otras es francamente favorable. No voy a decir el número de unas y otras porque de todas maneras podría argumentarse que se trata de una impresión puramente subjetiva por mi parte. Me limitaré a referirme a alguna de ellas.

En el capítulo primero, habla LeDoux del inconsciente. Pone de relieve que no precisamos suponer la existencia de sentimientos conscientes en los animales para explicarnos la misma conducta en los humanos y que la mayor parte de las emociones son generadas inconscientemente. Y afirma que Freud estaba en lo cierto cuando describió la conciencia como la punta de un iceberg mental.

En el capítulo segundo LeDoux se refiere a la posición de Descartes al incluir en la mente únicamente aquello de lo que somos conscientes, y, por tanto, de hacer equivalentes mente y conciencia, debido a lo cual, según él, la conciencia pasó a ser considerada como una capacidad perteneciente a los humanos, de manera que los otros animales fueron considerados como criaturas sin mente. Sobre este punto, considera que Freud, al formalizar el inconsciente como el hogar de los instintos y emociones primitivos, ayudó a restablecer los lazos mentales entre los animales y los humanos y a destronar la conciencia como el único ocupante de la mente

En el capítulo séptimo, con relación a la memoria de los sucesos emocionales de tipo traumático, LeDoux refiere que el estudio de numerosos casos de soldados en combate, víctimas de violación, incesto, asaltos u otros crímenes muestran que con frecuencia puede presentarse una muy débil o inexistente memoria explícita de la experiencia traumática. Y considera que esas observaciones son consistentes con la teoría de Freud de que los sucesos desagradables son reprimidos y expulsados fuera de la conciencia.

En el capítulo octavo, reflexionando LeDoux acerca de la pérdida y recuperación de las experiencias traumáticas subraya la formación de memorias implícitas que se convierten en la fuente de una fuerte ansiedad, muy resistentes a la extinción y que no pueden ser convertidas en memorias explícitas, ya que si no se formó una memoria consciente, no puede ser recuperada. Respecto a esta cuestión, piensa que queda claro que Freud dio con una explicación acertada con su idea de que determinados aspectos de las experiencias traumáticas quedan almacenados en sistemas de la memoria que no son accesibles a la evocación consciente. Bien, yo creo que con estos breves apuntes del libro de LeDoux se muestra claramente no sólo la incompatibilidad entre neurociencia y psicoanálisis, sino también las posibilidades de diálogo entre ambas disciplinas.

El “yo” es otro de los conceptos en que se juntan los intereses de la neurociencia y el psicoanálisis. En ambas disciplinas se utiliza el término y el concepto del yo, y creo que puedo afirmar que ambas coinciden en que se trata de un conjunto de funciones, aun cuando la neurociencia describa el desarrollo del yo en términos anatómicos y neurofisiológicos, y el psicoanálisis lo hace en términos psicológicos. Freud definió el yo como la parte de la mente que hace de mediadora entre el organismo y la realidad exterior, adaptando las necesidades del primero a las posibilidades y limitaciones de la realidad externa. Para ello ha de “percibir” tanto los estímulos que llegan desde dentro del organismo, como los estímulos que proceden del exterior, y controlar la actividad motora para adaptarse a estas

realidades interna y externa. Y también ha de tener en cuenta todas las experiencias pasadas para utilizarlas al servicio de esta adaptación. Si este concepto del yo se maneja de forma simple e ingenua, como si el yo fuera una entidad aislada del resto del organismo y de la mente, fácilmente se cae en el peligro de que parezca que nos estamos refiriendo a un “homúnculo”, una diminuta persona que está viviendo dentro de nuestra mente y rigiendo nuestros pensamientos y nuestra conducta, como bien han señalado los cognitivistas. Pero si esto fuera así, deberíamos considerar que este homúnculo ha de tener dentro de su cabeza otro homúnculo capaz de percibir y controlar, etc., y este a otro y así sucesivamente. Como es evidente, nadie puede pensar esto seriamente, y creo que tal ocurrencia es sólo una manera de poner de relieve las dificultades que entraña comprender y explicar esta función, a la que tan naturalmente nos referimos cuando empleamos este pronombre personal para decir: “yo quiero...yo deseo... yo pienso...yo siento...etc.,” para designar nuestras necesidades, nuestros deseos, nuestras voliciones, etc. Aun cuando las teorías para explicar la génesis y funciones del yo son muy complejas, me parece que es válido afirmar que tanto para la neurociencia como para el psicoanálisis el yo, que es el que nos dota de un sentimiento de subjetividad, es el resultado de la integración funcional del cerebro, el cual no puede desvincularse del resto del organismo, como bien nos ha expuesto Antonio Damasio (1994). Y esto no tiene nada que ver con un homúnculo.

Tanto en la vida cotidiana como en la ciencia existen conceptos e ideas que todos parecemos tener muy claro, pero que cuando alguien nos pide que los definamos y delimitemos con precisión nos enfrenta con una enorme dificultad. Pienso que es por esto que cuando Damasio (1994.), en un momento determinado, quiere transmitir al lector lo que es el yo, lo hace a través de la imaginaria y sencilla anécdota del lector regresando a su hogar avanzada la noche, momento en el que el cerebro el lector detecta una amenaza en una persona que le sigue, se siente en peligro, siente que debe andar más aprisa, que anda más deprisa, etc., y que finalmente se siente a salvo. Concluye Damasio señalando que éste que percibe, que siente, que piensa que está en peligro y que ha de andar más deprisa, y que más tarde se siente a salvo es el yo. Creo que la mayor parte de los psicoanalistas estarían de acuerdo con esta descripción del yo, del que dice Damasio que: “es una construcción mental muy real a la que llamaré “yo” (a falta de una palabra mejor), y se basa en las actividades que ocurren en todo el organismo, es decir, en el cuerpo propiamente dicho y en el cerebro” (p.211). Para Damasio, la base neuronal del yo reside en la reactivación continua de dos grupos de representaciones: un grupo se halla formado por acontecimientos claves en la autobiografía del sujeto, sobre los cuales se ha formado su sentimiento de identidad; el otro grupo consiste en las representaciones del cuerpo del sujeto, especialmente el estado del cuerpo inmediatamente antes de la experiencia de que se trate.

Freud insistió siempre, y los psicoanalistas han continuado con esta idea, de

que el primer yo es, ante todo, un yo corporal, lo cual coincide con las ideas de los neurofisiólogos a cerca del yo. Pero también para unos y otros el yo es un yo racional, tal como hemos visto en la anécdota expuesta por Damasio, lo cual no quiere decir un yo totalmente consciente. Por el contrario, gran parte del yo es inconsciente, y sólo tiene posibilidades de ser consciente en aquello en que necesita serlo. El yo racional substituye el principio del placer –la descarga inmediata de las pulsiones– por el principio de realidad, que comporta el dominio e inhibición de las mismas de acuerdo con el conjunto de las necesidades del organismo y las exigencias y limitaciones de la realidad exterior. Para el psicoanálisis, esta capacidad de inhibir la descarga de las pulsiones es la característica primordial del yo racional y la base del llamado “proceso secundario” que substituye al “proceso primario”, que es una actividad mental en la cual no existe esta capacidad de inhibición –a no ser como acto reflejo condicionado– y que transcurre fuera de los parámetros de lo que consideramos pensamiento lógico-racional. Solms, y Turnbull, (2004) consideran que es esta propiedad del yo de Freud, que ellos piensan que coincide con el *self* autobiográfico de Damasio, lo que proporciona al yo “el control ejecutivo sobre las automáticas y biológicamente determinadas funciones de la mente” (p.100; la traducción es mía). Me parece evidente que la idea psicoanalítica del yo como órgano que administra y equilibra el mundo exterior con el interior, las necesidades del organismo con la realidad circundante, es una idea “biológica”, según la cual lo primario es la adaptación al medio y el trato con el mismo. El yo, por tanto, es el órgano de adaptación que sirve para la conservación de la vida.

Pues bien, la neurociencia ha descubierto la zona cerebral en cuyas funciones radica, en gran parte, esta capacidad inhibitoria. Los lóbulos prefrontales, especialmente el cuadranteventromedial, despliegan un control inhibitorio sobre las pautas estereotipadas liberadas por los sistemas viscerales del cerebro. Por esto dicen Solms y Turnbull que “los lóbulos prefrontales forman una superestructura sobre el cerebro como una totalidad, gobernando nuestra conducta... sobre la base de la información recibida del mundo interno y el externo (p.30; la traducción es mía). Es, por ello que las lesiones en estos lóbulos, especialmente cuando son bilaterales, provocan graves trastornos en la personalidad y la conducta. El yo de Freud, por tanto, no es una pura abstracción, totalmente indemostrable, sino que se corresponde muy exactamente con las funciones que la neurociencia adscribe a los lóbulos prefrontales.

El psicoanálisis, por la índole misma de su contenido y por lo que representa, ha suscitado siempre muchas críticas. Por ello, quiero terminar este trabajo con un suceso que cuenta J. Rof Carballo, un auténtico pionero de la vinculación entre neurociencia y psicoanálisis, en su libro *Biología y Psicoanálisis* (1972). Se refiere a Oswald Bumke, un profesor de psiquiatría de la Universidad de Munich que en las últimas décadas previas a la segunda guerra mundial dominaba el mundo de la psiquiatría como figura cumbre de la misma. Todavía yo, a principios de los años

cincuenta, siendo estudiante de medicina, comencé mi formación psiquiátrica leyendo y releendo –con deleite, todo hay que decirlo, a causa de la profundidad de los conocimientos y de la claridad expositiva– la postrera edición del *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales* (1941) de este autor, quien, por cierto, en el Prólogo expresaba: “todo lo referente al psicoanálisis ha sido suprimido”. Narra Rof Carballo que en 1931, cuando estaba en Viena continuando sus estudios, escuchó la siguiente anécdota. Por esta época, con motivo de la reunión anual de la Sociedad Alemana de Medicina y Ciencias Naturales, pronunció Bumke una conferencia absolutamente demoledora contra el psicoanálisis de Freud. Al término de la misma, se le acercó uno de los asistentes y, lisonjero, le dijo: “Profesor, ¡ha hecho usted trizas el psicoanálisis!, ¡ya no levantará la cabeza nunca más!”. Con aparente modestia, pero con la suficiencia de quien en aquel momento era la cabeza de la psiquiatría mundial, replicó Bumke: “No lo crea usted, ¡todavía le quedan cinco años más de vida! Han pasado no cinco, sino setenta y cinco años, y en el mundo civilizado la mayor parte de las personas han oído hablar, de una u otra forma, del psicoanálisis y de Freud, y no digamos los lectores de esta revista. Pero no creo que nadie, excepto los historiadores de la psiquiatría y algún viejo psiquiatra como yo, tenga la más ligera idea de quien era el Profesor Oswald Bumke, de la Universidad de Munich.

Los grandes avances de la neurociencia han promovido en amplios sectores de la sociedad la idea de que los conocimientos del funcionamiento del cerebro han desacreditado y hecho inútiles muchos conceptos y teorías psicológicas y, entre ellas, el psicoanálisis. Esta idea se ha extendido, también, en determinados grupos dentro de la psiquiatría y de la psicología de los que cabría esperar una mejor información. En este trabajo se muestra que, paradójicamente, la realidad es todo lo contrario. Los orígenes históricos de la neurociencia se hallan estrechamente ligados al psicoanálisis a través de la figura de Luria, quien fundó la sociedad psicoanalítica de Kazan, perteneció a la sociedad psicoanalítica de Rusia y publicó numerosos trabajos psicoanalíticos en revistas alemanas de la especialidad. En este trabajo se exponen diversos puntos de encuentro entre la teoría psicoanalítica y los descubrimientos de la neurociencia, y también se pone de relieve que varios de estos últimos confirman hipótesis y conceptos psicoanalíticos.

Palabras clave: neurociencias, psicoanálisis, self, Freud, Luria.

Referencias bibliográficas

- BUMKE, O. (1949): *Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales*, Barcelona: Seix-Editor, 1946.
- CODERCH, J. (1995): *La Interpretación en Psicoanálisis: Fundamentos y Teoría de la Técnica*. Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (en prensa) *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- DAMASIO, A. (1994): *Descarte's Error. Reason, Emotion and the Human Brain*, Nueva York: A. Grasset/Putman Book. (Version castellana: *El Error de Descartes*, Barcelona: Crítica).
- DAMASIO, A. (1999): *The Feelings of What Happens*. Londres: Heinemann
- DAVIS: T. (2001): "Declarative and non declarative memory", *Int.J. Psychoanal.*, : 82: 449-462
- FREUD, S. Se mencionan los siguientes trabajos de sus *Obras Completas*, Amorrortu Editores, 24 vols., Buenos Aires, 1978-1982.
- FREUD, S. (1895) [1950]: *Proyecto de psicología*, 1
- FREUD, S. (1905): *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, 7
- FREUD, S. (1912): *Sobre la dinámica de la transferencia*, 12
- FREUD, S. (1915): *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, 12
- KANDEL, E. (1993): "The structure and organisation of memory", *Ann. Rev. Psychol.*, 44: 453-495
- KANDEL, E. (1999): "Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited", *The American Journal of Psychiatry*, 156: 525-524
- KAPLAN-SOLMS, K. Y SOLMS, M. (2000): *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*. Londres: Karnac Books
- KLEIN, M. (1946): "Notes on some schizoid mechanisms", *The Writing of Melanie Klein*, Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Vol. 3
- LEDOUX, J. (1998): *The Emotional Brain*. Nueva York: Touchstone Edition
- LURIA, A. (1932): *The Nature of Human Conflicts.: An Objective Study of Disorganisation and Control of Human Behavior*. Nueva York: Liveright.
- MANCIA, M. (2006): "Memoria implícita e inconsciente no reprimido". Trabajo presentado en la Sociedad Española de Psicoanálisis,
- MILROD, D.(2002): "The concept of self and the self representation" *Neuro-Psychoanalysis*, 4: 7-67
- PALLY, R.(203): *The Mind-Brain Relationship*. London: Karnac Books.
- ROF CARBALLO, J. (1972): *Biología y Psicoanálisis*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- PANKSEPP, J. (1998): *Affective Neuroscience*, Nueva York, Oxford: Oxford, University Press.
- SOLMS, M. Y TURBULL, O. (2004): *The Brian and the Inner World*, Londres: Karnac Books.

ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS A LA CONCEPCIÓN TEÓRICA Y A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Neri Daurella

Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

Since classical Greek times, there have been two paradigms of illness and two conceptions of doctor's function: one of them, an uncausal, linear and biologist one, and the other one, a more complex one, having in mind individual's harmony and homeostasis. Psychoanalysis follows the second way of thinking, and brings different theoretic explanations about illness and therapeutic function. The author summarizes the findings of the psychoanalytic psychosomatic schools (above all, those of Chicago and Paris) and those of Michael Balint, and his method of groups that can be helpful for doctors that have not received enough training on psychosocial aspects in their faculties of Medicine

Key words: Biologist paradigm, psychosomatic paradigm, alexithymia, basic fault, apostolic function, Balint group

Dos paradigmas del enfermar

Desde el principio de la historia de la medicina, encontramos dos corrientes en lo que se refiere a la concepción de la enfermedad y de la práctica médica: la de Galeno y la escuela de Cnida, y la de Hipócrates y la escuela de Cos.

Según la concepción de Galeno, la enfermedad es el resultado de una lesión anatomoclínica; puede encontrarse una etiología específica para cada enfermedad; se busca un agente patógeno único; y se considera que el objetivo de la medicina es localizar la lesión causada por este agente patógeno y, a ser posible, extirparla.

Hipócrates aporta una visión más amplia: para él la enfermedad es la reacción global del individuo a una perturbación de su equilibrio u homeostasis (interna y externa). En esta reacción están implicados cuerpo y espíritu: tiene en cuenta el temperamento del enfermo y su historial, para intentar comprenderlo en su totalidad. El objetivo de la medicina es tratar de restablecer la armonía perdida por el hombre con su medio y consigo mismo. Es decir, nos encontramos con una visión

sinéctica y dinámica de los procesos de enfermedad y recuperación de la salud, equiparada ésta a equilibrio.

El paradigma biólogo

El pensamiento anatomoclínico, que en su día representara Galeno, se impuso ampliamente a partir del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina moderna y los descubrimientos en el campo de las enfermedades infecciosas, que hasta entonces eran la principal causa de mortalidad. La investigación desde el modelo microbiano de la enfermedad y los progresos en inmunología, patología y técnicas quirúrgicas tuvieron consecuencias además en una serie de mejoras en la salud pública: se implantaron las vacunas, se detectaron las aguas contaminadas, se cuidó la asepsia quirúrgica, se generalizó la preocupación por la dietética... y disminuyó la mortalidad precoz de una manera espectacular. Todo ello redundó, lógicamente, en el prestigio del paradigma biólogo, y la enfermedad infecciosa de Pasteur se convirtió en el modelo básico del enfermar.

Según este modelo, la enfermedad es debida a la actuación de un agente físico y externo sobre un organismo físico, que provoca una serie de trastornos o síntomas. Se entiende la enfermedad como el proceso de reacción del organismo en contacto con un agente infeccioso. Nos encontramos ante un modelo que podríamos calificar de unicausal, lineal y específico.

Es un modelo unicausal porque pretende encontrar una causa viva (ya sea un parásito o un virus) y/o específica (también puede tratarse de un traumatismo físico) para cada enfermedad.

Es un modelo lineal, porque la agresión del agente patógeno viene siempre del exterior, y el organismo moviliza sus defensas contra la agresión externa.

Y es un modelo específico en la medida en que supone que cada agente infeccioso produce una reacción caracterizada por la creación de anticuerpos específicos. La gravedad y la infecciosidad de cada enfermedad son caracteres estables; que uno se contagie o no depende de la relación más o menos intensa que haya tenido con el agente patógeno.

La teoría de la enfermedad subyacente a este modelo podría sintetizarse así: el individuo (salvo en el caso de anomalías genéticas) es un ser esencialmente sano, que en un momento dado es atacado por un agente externo y ha de movilizar las defensas de su cuerpo. La enfermedad es el resultado de la interacción entre los daños producidos por el agente exterior y las defensas movilizadas por el organismo.

La fuente psicológica de esta teoría es la creencia de que somos esencialmente sanos y de que todo lo malo ha de venir de fuera. Esta creencia no es exclusiva de la medicina científica decimonónica, porque muchas técnicas no precisamente científicas, por ejemplo, los rituales mágicos, los exorcismos, las purgas y las sangrías, se basaban en ella. Incluso en la actualidad, gran cantidad de intervenciones quirúrgicas innecesarias responden a la misma creencia.

Insuficiencias del paradigma biologista

La generalización de un modelo exitoso para controlar la gran mortalidad por enfermedades infecciosas facilitó una visión deformada y parcial de la enfermedad: la persona como un todo fue sustituida por su cuerpo y su fisiología, y ya sólo contaba el ambiente físico, no la historia personal ni el entorno social. Sin embargo, gracias precisamente a los progresos científicos y técnicos en el campo de la medicina, que permitieron afrontar con mucha eficacia los episodios agudos de enfermedades infecciosas y los accidentes que requerían un abordaje tecnológico sofisticado, aumentó la longevidad de la población y cambiaron las principales causas de mortalidad. Las enfermedades infecciosas han dejado de ser la espada de Damocles más temida (me refiero a nuestro entorno, al mundo occidental), y las principales causas de muerte actualmente (salvo las relacionadas con accidentes laborales o de circulación) tienen que ver con la patología de larga duración y no transmisible por contagio: cardíaca, cerebrovascular y cancerosa.

La aplicación del método epidemiológico a la enfermedad no transmisible ha puesto de relieve la debilidad teórica y real de la cadena unicausal del proceso de enfermar: se ha descubierto la asociación de la enfermedad con factores inespecíficos como elementos del ambiente, hábitos individuales (alimentación, ejercicio, tóxicos), estilos de vida y variables psicosociales en general. El grueso de la demanda de asistencia médica en la actualidad lo constituyen los enfermos crónicos, los que presentan episodios agudos recurrentes y el amplio campo de los psicósomáticos. Y, no obstante, la formación de los médicos y la estructura de los servicios sanitarios, por mucho que de boquilla se reivindicque el modelo bio-psico-social, continúan orientadas prioritariamente a la resolución de episodios agudos y aislados.

Por su parte, los enfermos manifiestan una gran ambivalencia. El progreso científico-técnico de la medicina les atrae y les da miedo. Exigen que les investiguen el cuerpo a fondo, pero están asustados. Desvalorizan a su médico de cabecera, buscando opiniones más autorizadas, exploraciones más objetivas, pero vuelven al primero quejándose de la parcialización y la deshumanización que encuentran en las grandes instituciones hospitalarias donde trabajan los especialistas supertécnicos.

El médico ha ganado prestigio gracias a los “milagros” de la ciencia, pero su imagen ya no es única, se ha desdoblado: existe una imagen de médico sabio, investigador, especialista, y otra del que antes se llamaba médico de cabecera y que ahora se llama médico de familia. La primera es la imagen de un padre autoritario, penetrante y audaz, que se permite la transgresión de muchos límites en sus exploraciones y provoca al mismo tiempo admiración y temor. La segunda es una imagen maternal, la de una persona en la que uno busca poder apoyarse, que tolere ser abandonada momentáneamente para consultar a otras más competentes, y que esté siempre disponible para ayudarlo a comprender lo que le está pasando y enseñarle a cuidarse. ¿Cómo va a responder el médico a toda esta gama de demandas con una formación meramente biologista?

La primera contestación psicosomática, desde el psicoanálisis: la escuela de Chicago

La teoría psicoanalítica supone un giro revolucionario respecto a la concepción de la enfermedad implícita en el pensamiento anatomoclínico. Freud no niega el valor del progreso científico-técnico en medicina (no olvidemos que pasó seis años de su vida dedicado al estudio de la histología del sistema nervioso), ni pretende huir de este progreso mediante procedimientos mágicos o esotéricos, sino que intenta dar un sentido a lo que se presenta como orgánico y superar la disociación mente-cuerpo en que se basaba la teoría anterior. El método psicoanalítico amplía el campo de observación del médico y saca a la luz enormes parcelas de una realidad hasta entonces sólo atisbada: la del inconsciente.

De todas maneras, la aplicación de la teoría psicoanalítica al campo de la medicina no será obra de Freud, que se interesó más por las neurosis que por las enfermedades orgánicas propiamente dichas, sino de una serie de psicoanalistas (iniciada por Ferenczi y Groddeck a partir de 1915-20) que empezaron a interesarse por la influencia del comportamiento y de la vida pulsional sobre la organicidad.

Como consecuencia de este movimiento de aproximación entre psicoanálisis y medicina nacerá la llamada “medicina psicosomática” en los años 40, con la emigración de psicoanalistas europeos a Estados Unidos como consecuencia de la 2ª guerra mundial.

En sus inicios, el pensamiento psicosomático se convierte en la otra cara de la moneda del pensamiento biologista: pareciendo dar un giro copernicano, en realidad sigue anclado en la visión dualista que piensa en términos de psique o soma, mente o cuerpo, espíritu o materia... Sigue siendo un modelo unicausal y lineal, aunque ahora la causa no es un agente físico externo sino un factor de personalidad específico para cada enfermedad. La enfermedad es una somatización debida a un tipo de personalidad determinado, que imposibilita la simbolización. Y se elabora una nosología de las enfermedades psicosomáticas comparable a la nosología tradicional de las enfermedades orgánicas.

Pongamos dos ejemplos de este tipo de enfoque: los de Adler y Dunbar.

Para Adler, los síntomas son resultado del fallo de un *locus minoris resistentiae* ante una sobrecarga psíquica. El individuo tiene en su organismo un punto débil, un órgano más vulnerable, determinado constitucionalmente, a través del cual expresa más fácilmente sus emociones. Pero su hipótesis no se demuestra convincente, ya que no siempre un individuo somatiza mediante el mismo aparato o sistema de órganos.

Dunbar elabora la “teoría de la especificidad de la personalidad”, según la cual hay perfiles de personalidad que se correlacionan con trastornos psicosomáticos concretos: el ulceroso, el asmático, el coronario o anginoso, etc. Mediante cuestionarios y tests proyectivos llega a elaborar perfiles de personalidad como, por ejemplo, el del enfermo coronario (ambicioso, autodisciplinado, que apuesta por el

futuro y aplaza la satisfacción de sus necesidades momentáneas en función de la meta apuntada...). Tras estar muy en boga en los años 40, esta teoría fue descartada desde el campo del psicoanálisis, para ser asumida más tarde desde el campo de la medicina conductual (por ejemplo, en los estudios sobre el patrón A de conducta y su relación con la enfermedad coronaria). Los psicoanalistas cuestionaron el poder explicativo de esta teoría al observar cómo individuos con el mismo perfil de personalidad pueden padecer trastornos psicósomáticos distintos, y un mismo padecimiento puede corresponder a estructuras de personalidad opuestas. Actualmente desde el psicoanálisis se considera que Dunbar se limitaba a hacer una descripción fenomenológica de ciertas personalidades y a correlacionarlas estadísticamente con ciertas enfermedades.

El representante más destacado de la psicósomática psicoanalítica de los años 40 y 50 es F. Alexander, psicoanalista húngaro emigrado a Estados Unidos, que funda en Chicago la revista *Psychosomatic Medicine* en 1939. A lo largo de su obra vemos cómo oscila entre su "teoría de la especificidad de los conflictos" y una visión menos lineal y más compleja. Empieza buscando correlaciones entre las respuestas vegetativas de los enfermos y ciertas constelaciones emocionales, por lo común inconscientes, que pueden estar presentes en diferentes tipos de personalidad, y que pueden aparecer y desaparecer durante la vida de la misma persona. Así busca cuál es el conflicto emocional básico en cada enfermedad: por ejemplo, la agresión reprimida en los casos de hipertensión arterial, o la necesidad de dependencia reprimida en los casos de úlcera de estómago. Pero, más tarde ya no busca tanto hacer un cuadro nosológico de enfermedades psicósomáticas, sino que afirma que toda enfermedad tiene un aspecto psicósomático y habla del principio de la causalidad múltiple.

Lo más interesante de Alexander es cuando deja de lado su teoría específica y da una explicación dinámica de los trastornos, en la que tiene en cuenta factores predisponentes (genéticos y experienciales) y factores desencadenantes también de diferente orden. Así se aleja definitivamente de la concepción psicósomática dualista y se aproxima a una visión más integral de la salud y la enfermedad. Considera que para comprender la etiología de un trastorno hay que tener en cuenta los siguientes factores:

1. La constitución hereditaria
2. Las lesiones neonatales
3. Las enfermedades orgánicas infantiles que aumentan la vulnerabilidad de algunos órganos
4. La naturaleza de los cuidados infantiles (crianza, destete, entrenamiento en el control de esfínteres, hábitos de sueño...)
5. Los traumatismos físicos accidentales en la infancia
6. Los traumatismos psíquicos en la infancia
7. El clima emocional de la familia y los rasgos de personalidad de padres y

hermanos

8. Las lesiones físicas posteriores
9. Las experiencias emocionales posteriores en las relaciones significativas, personales y laborales.

Aquí introduce un abordaje multidisciplinar de la enfermedad, en el que la aportación del psicoanálisis se centra en el estudio de los factores 4, 6, 7 y 9.

La inespecificidad de la psicósomática: la escuela de París

Ya hemos visto cómo los primeros psicoanalistas que se ocuparon de la psicósomática cayeron también en el modelo unicausal y lineal, y llegaron a hacer inventarios de enfermedades psicósomáticas correlacionadas con tipos de personalidad o de conflicto específicos. Hasta que en 1960, en el 1º Congreso de Medicina Psicósomática, se llegó a la conclusión de que no hay enfermedades psicósomáticas, sino que todo enfermo es psicósomático, o somatopsíquico, dependiendo de si en el inicio del trastorno han tenido más peso un tipo u otro de factores.

Para llegar a esta conclusión tuvo mucho peso la aportación del psicoanalista francés Pierre Marty y la escuela psicósomática de París (a la que pertenecían también Michel de M'Uzan, Christian David y Michel Fain), aportación que se consolidó cuando en 1978 recibieron la autorización del Ministerio de Sanidad francés para abrir el *Institut de Psychosomatique* (IPSO), que hoy en día recibe el nombre de "Hospital Pierre Marty". Se trata de un centro de formación, investigación y tratamiento al que llegan pacientes derivados por médicos del sistema público. Estos pacientes reciben tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico en el Instituto, sin abandonar el tratamiento con sus médicos de referencia.

Pierre Marty y su equipo observaron una serie de características que parecían darse en muchos pacientes ingresados en hospitales generales, no psiquiátricos, con patologías diversas, que tenían en común una actitud muy racional, sin manifestaciones de ansiedad ni emotividad, respondían con mucha precisión a los interrogatorios médicos sobre sus síntomas, y nunca se referían a ningún aspecto de su vida que no fuera la descripción de lo somático. Este tipo de pacientes no podía asociarse a ninguna patología específica, así que Marty abandonó el intento de diferenciar los perfiles de personalidad del asmático, el ulceroso y el cardiópata, y se centró en la elaboración de una teoría unitaria de la organización psicósomática.

El paciente psicósomático típico, según Marty, se reconoce y se diferencia del neurótico típico en que describe sus síntomas y los datos biográficos que se le preguntan correctamente, sin permitirse nunca asociaciones afectivas (a diferencia del histérico) ni disfrutar extendiéndose en detalles (a diferencia del obsesivo). Su forma de pensar es operativa: habla de hechos, con exactitud, los ordena cronológicamente, es práctico (a diferencia del obsesivo, que se pierde en los detalles, hace mil hipótesis y conjeturas, y muestra múltiples temores supersticiosos). Parece perfectamente adaptado a la situación de examen, siempre que se hable

de aspectos somáticos y concretos.

En realidad la descripción del perfil psicossomático de Pierre Marty tiene mucho que ver con el concepto de “alexitimia”, acuñado por Sifneos en Estados Unidos en la década de los 60: a-lexi-timia, o sea, in-capacidad para hablar sobre estados de ánimo. Ambos coinciden en su descripción de las características de los alexitímicos:

- dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones, y para distinguir entre estados emocionales y sensaciones físicas (se refieren sólo a estas últimas)
- baja capacidad de simbolización, manifiesta en la pobreza de la vida fantasmática y la actividad imaginaria
- bloqueo general de la fantasía. Recuerdan poco los sueños y los que recuerdan son mera reproducción de sucesos diurnos (sin desplazamientos ni condensaciones ni la simbolización propios de la actividad onírica)
- conformismo social, sumisión a los estereotipos culturales, y dificultad para comprender que haya diferencias entre ellos y los demás. A la pregunta por cómo se sienten contestan que “normal”.
- poca capacidad para la introspección, nula referencia a la propia subjetividad, y poca capacidad para la empatía, en la medida en que ésta implica comprender las motivaciones y los sentimientos ajenos

Marty y Sifneos coinciden en señalar estas características que diferencian al alexitímico del neurótico. Pero la escuela psicoanalítica se pregunta además por el origen de esta organización mental psicossomática, que favorece la adaptación social de los pacientes y su productividad pero los deja más indefensos y vulnerables que a los demás en situaciones “anormales” (pérdidas, fracasos, duelos, etc.) Y elabora la hipótesis de que esta manera mecánica de funcionar es una estrategia de supervivencia que utilizan personas traumatizadas (aunque ellas mismas no tengan conciencia de su trauma originario). M. Aisenstein (2006), representante contemporánea de la escuela psicossomática de París, entiende el funcionamiento mecánico de estos pacientes como una defensa frente a la perturbación interna. Y se refiere al concepto de “depresión esencial”: una depresión que no se caracteriza por el sentimiento de tristeza o dolor, sino por la falta de deseo: los pacientes están cansados, no quieren nada, dan la impresión de estar ausentes. Impresiona su falta de vida emocional. La depresión esencial se ha llamado “depresión blanca” o “depresión sin objeto”, porque los pacientes no reconocen que echen a faltar algo o a alguien, sólo dicen que “se sienten vacíos”.

Actualmente en estos casos se investiga la posibilidad de que haya fallos en la estructuración psíquica debidos a experiencias traumáticas precoces, previas incluso a la adquisición del lenguaje. Y se considera que el recurso frecuente a la somatización puede ser una especie de *acting in* corporal, comparable al *acting out* de los pacientes *borderline* en circunstancias que representan un reto excesivo para

la fragilidad de su estructura.

El tratamiento de estos pacientes requerirá modificaciones de la técnica psicoanalítica clásica, indicada para pacientes neuróticos. Por lo general, no se utilizará el diván, y el encuadre cara a cara facilitará la adaptación del analista al estado afectivo del paciente. Son pacientes con dificultad para mentalizar, que no suelen acudir al psicoanalista por iniciativa propia, sino derivados por un médico, y sin entender muy bien por qué. Al principio no será fácil, el paciente no tendrá mucho que decir y será el analista quien tendrá que ayudarlo a comprender que, aunque no lo crea, también él tiene cosas interesantes que decir. Se tratará de generar una verdadera experiencia emocional correctiva, como la llamó Alexander, gracias a la cual el paciente llegue a interesarse por sus procesos emocionales y cognitivos propios, abandonando su esfuerzo defensivo de sobreadaptación, en un contexto que le dé la tranquilidad suficiente para poder hacerlo.

Balint

1. Enfermedad y falla básica

Aquí es indispensable reconocer la importancia de otra aportación psicoanalítica: la de Michael Balint, psicoanalista húngaro, discípulo de Ferenczi, que trabajó entre 1940 y 1970 en Inglaterra. Hijo de un médico de medicina general, se interesó pronto por la medicina psicosomática de orientación psicoanalítica. Al principio se hizo las preguntas típicas de la confrontación “modelo biólogo versus modelo psicosomático”: ¿Qué es lo primario? ¿Una enfermedad orgánica crónica o un tipo de personalidad determinado? Estos dos aspectos ¿son independientes uno de otro? ¿son interdependientes? ¿o uno es la causa y el otro el efecto? ¿Las personas de carácter agrio hacen una úlcera péptica o es la úlcera péptica la que les agría el carácter? ... Hasta que llega a elaborar su concepto de enfermedad asociada al concepto de “falla básica”.

Balint señala cómo los seres humanos, por comparación con los restantes mamíferos, nacemos en situación de alto riesgo: el bebé nace muy inmaduro, intensamente dependiente del ambiente para encontrar el complemento indispensable para su maduración y su desarrollo. Por ello hay muchas probabilidades de que se produzca una discrepancia, más o menos grande, entre sus auténticas necesidades y lo que recibe del exterior. Es decir, es muy probable que, en alguna medida, se produzca una “falla básica”.

La “falla básica” es una falla en la estructura biológica del individuo que implica “tanto al espíritu como al cuerpo, en proporciones variables”. El origen de esta falla básica se encuentra en el pasado, en una discrepancia considerable entre las necesidades del individuo durante sus primeros años de vida y las atenciones que ha recibido en esa época decisiva. Esta discrepancia puede crear un estado de deficiencia de consecuencias sólo parcialmente reversibles. Aunque el individuo llegue a hacer una buena adaptación, sus experiencias precoces dejan huella, e

intervienen en lo que llamamos su constitución, su individualidad o la formación de su carácter, tanto en el sentido psicológico como en el biológico. ¿Cuáles pueden ser las causas de esta discrepancia? Balint responde con visión integradora: “Pueden encontrarse en el factor congénito –es decir, puede ser que las necesidades del bebé sean excesivas– o en el ambiente, que le proporciona una atención insuficiente, negligente, irregular, hiperansiosa, hiperprotectora o simplemente falta de comprensión” (Balint, 1957).

Así que esta discrepancia tiene como consecuencia una falla básica. Balint toma el término “falla” de la geología y la cristalografía. Un falla es “una irregularidad imprevista en la estructura global, irregularidad que, en circunstancias normales, puede estar oculta, pero si hay tensiones, puede dar lugar a una rotura, a un resquebrajamiento profundo de la estructura global” (Balint, 1968)

Utiliza este término porque es el que usaban muchos pacientes suyos para describir lo que sentían que se encontraba en el origen de sus problemas. No hablaban de complejo, ni de conflicto, ni de situación traumática, sino de falla: una falla en la estructura de la personalidad, algo así como un defecto o una cicatriz. La hipótesis es que todos tenemos una falla básica, aunque su gravedad dependerá de cómo hayan sido las experiencias vividas en nuestra primera infancia.

Balint observa que hay enfermedades que parecen encajar mejor en la teoría del agente externo, y otras que parecen inexplicables sin recurrir a la teoría psicósomática. Pero la enfermedad crónica o recurrente siempre parece apuntar a algún tipo de predisposición individual. Además, cuanto más dura una enfermedad y más ocasiones tenemos de observarla, más profunda es la impresión, para Balint, de que “la enfermedad es una cualidad del paciente casi tan característica como la forma de su cabeza, su talla o el color de sus ojos”.

Balint se pregunta qué hay en el origen de las predisposiciones individuales y formula una teoría de la enfermedad que es consecuencia directa de su noción de falla básica. Según él, las enfermedades clínicas pueden considerarse síntomas o exacerbaciones de la enfermedad fundamental, que es la falla básica. Estos episodios son desencadenados por las diferentes crisis de desarrollo del individuo, que implican factores externos e internos, biológicos y psicológicos en interacción.

Su teoría se inspira en la teoría de las “series complementarias” de Freud, que ya había terciado en la controversia a propósito del origen externo o interno de las enfermedades aportando la idea de una serie de factores complementarios: cuanto más intenso es uno de los factores, menos interviene el otro. El cuadro que se configura es el de un conflicto entre las posibilidades del individuo y su ambiente. “Supongamos que la “falla básica” no haya sido demasiado grave y haya permitido al individuo desarrollarse con relativo éxito, es decir, adaptarse sin tensión exagerada a una gama bastante grande de situaciones. Ahora bien, pongamos por caso que la tensión aumente bruscamente o que afecte a zonas influidas por la “falla básica”, y el individuo se encontrará ante un problema que puede llegar a ser demasiado

difícil para él”. (Balint, 1957). Éste sería un caso situado en la zona media de una serie en uno de cuyos extremos podríamos situar a la enfermedad más propiamente psicósomática y en el otro la enfermedad contraída en una epidemia o debida a un traumatismo accidental aislado.

2. La vivencia de enfermedad

Balint describe los primeros momentos de la enfermedad, cuando el enfermo empieza a encontrarse mal, a sentirse “mal en su piel”, incómodo e inquieto, antes de quejarse y pedir ayuda. En estos momentos la enfermedad aún no está “organizada”, y el primer movimiento del individuo consistirá en iniciar una retirada progresiva de su ambiente para crear y cultivar su propia enfermedad.

En esta fase aún no organizada de la enfermedad, y después del movimiento de *retraimiento* gracias al cual el individuo pierde interés por lo que le rodea, se da un movimiento de *introversión* mediante el cual concentra todo su interés en sí mismo. Las sensaciones, ideas y emociones propias adquieren una importancia insólita, y el enfermo, antes de entrar en contacto con el médico, llega por sí solo a lo que podríamos denominar un autodiagnóstico provisional que, dependiendo de sus características personales, le servirá para calmar su angustia o para fomentar su hipocondría.

Cuando el individuo llega a convencerse de que la alteración de su equilibrio habitual corresponde a una posible enfermedad, pasa a la fase siguiente: quejarse y acudir al médico. No va hasta que no atribuye al problema la categoría de enfermedad. En esta fase, el individuo no quiere continuar estando solo. Busca a otra persona, al médico: alguien superior a quien pedir ayuda y a quien transferir algunas emociones propias.

En esta fase se da un movimiento de *regresión*: vuelven a aparecer en el enfermo actitudes primitivas que van más allá del retraimiento o la introversión. ¿Cuál es la función de la regresión en este caso? Balint no da una respuesta única: “Puede ser una consecuencia de la gravedad de la enfermedad, como vemos en el delirio cuando hay fiebre alta. Puede ser el abandono de la obligación de hacer frente a la vida y al dolor, cuando se vive como una tarea desesperante y demasiado exigente, tal como se observa, por ejemplo, en la adopción de la postura fetal que suele darse en situaciones dolorosas [...] La regresión también puede ser una tentativa de curación, como la temperatura elevada en determinadas infecciones; volviendo al nivel más primitivo, el paciente puede buscar el medio de volver a empezar en una nueva dirección, evitando la que le veta la enfermedad.” (Balint, 1957)

Este triple movimiento de retraimiento, introversión y regresión precede al primer contacto del paciente con el médico, y hace que la demanda pueda llegar a revestir características muy primitivas, a primera vista muy sorprendentes en un adulto.

De la respuesta del médico a esta demanda y del papel que puede representar en el proceso de la enfermedad vamos a hablar en el apartado siguiente.

3. La medicina médico

Balint señala la importancia básica del papel del médico en nuestra vida. Nuestra experiencia pasada, sobre todo la correspondiente a la infancia y la adolescencia, nos ha enseñado determinadas pautas de respuesta ante las tensiones. En este aprendizaje han influido decisivamente padres y educadores. “Afrontar una enfermedad se puede comparar con el proceso de la maduración, y el papel del médico se puede comparar con el de nuestros padres y maestros; el médico [...] nos influye durante una enfermedad de la misma manera que las creencias y las convicciones de nuestros padres y maestros nos han influido, favoreciendo u obstaculizando nuestra evolución hacia la madurez.” (Balint, 1957)

El médico se encuentra en una situación privilegiada, no para curar la falla básica, sino para evitar que se convierta en una enfermedad organizada, por decirlo así. Las quejas y los síntomas que presenta el paciente son propuestas que hace, y la respuesta del médico a estas propuestas determinará la evolución de la enfermedad. Es decir, el médico tiene la oportunidad de intervenir cuando la enfermedad todavía no está organizada y evitar que se cronifique.

Así pues, ha de entender la enfermedad como una última consecuencia de la falla básica ya que, si no es así, puede hacer un abordaje sintomático, objetivo y distanciado con una eficacia terapéutica muy limitada y que más bien contribuirá a fijar una enfermedad determinada.

Para Balint, lo esencial en la práctica de la medicina general estriba en la relación médico-paciente como elemento diagnóstico y terapéutico.

¿Qué quiere decir la relación médico-paciente como elemento diagnóstico? Balint propugna la sustitución del diagnóstico tradicional, que describe, clasifica y evalúa un concepto abstracto (la enfermedad) y permite un pronóstico de probabilidad estadística, por el diagnóstico global, o diagnóstico en profundidad, que incluye no sólo los síntomas y signos de la enfermedad, sino también una evaluación de las formas de relación del paciente con el médico, y los sentimientos que despierta en éste.

Hacer un diagnóstico no es un mero ejercicio intelectual, sino un encuentro entre dos personas con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas. El paciente no pide un pronóstico estadístico, sino personal. Y el médico ha de tener en cuenta no sólo las emociones del paciente, sino las que éste le despierta, y las ha de evaluar como un síntoma importante de la enfermedad del paciente, y no dejarse llevar por ellas ingenuamente en su actuación profesional. Es decir, el médico ha de aprender a usar su propia contratransferencia como elemento diagnóstico.

El diagnóstico global implica al médico y al paciente, porque el médico ha de estudiar sus propias reacciones ante el otro. La relación del paciente con el médico

forma parte de la evaluación diagnóstica, y el médico que observa ha de ser consciente de que el objeto observado –el paciente– condicionará de alguna manera las respuestas y observaciones de él mismo.

En lo referente al tratamiento, Balint afirma que la medicina más utilizada – muchas veces inconscientemente– es el propio médico. Lo que cuenta no es sólo el medicamento que se receta, sino la forma de recetar, la atmósfera en la que se produce el hecho de recetar. Sin embargo, aunque el médico sea la medicina más utilizada, no hay ninguna farmacología disponible a la que recurrir para hacer un uso correcto de ella. No hay ningún texto que explique al médico cómo ha de administrar esta medicina que es él mismo, las indicaciones, las dosis recomendables, las contraindicaciones y los efectos secundarios. Y esta falta de farmacología resulta muy peligrosa porque, si bien el potencial terapéutico de la relación médico-paciente es enorme, también lo es su potencial iatrogénico; y la forma en que responda el médico a las demandas del paciente puede contribuir a determinar la forma última de la enfermedad.

De hecho, siempre ha habido una vaga conciencia del impacto que puede tener la actitud del médico sobre el paciente y sobre el curso de la enfermedad, pero éste es un punto que suele tratarse como si no perteneciera al terreno de la medicina, y todavía menos al de la medicina científica, que se pretende objetiva y no emocional. Generalmente el médico considera que en su actuación profesional el único criterio que ha de usar es el sentido común.

Irónicamente, Balint comenta que el concepto mismo de sentido común apunta a la existencia de una especie de capacidad cognitiva de la naturaleza humana en virtud de la cual habría un acuerdo o coincidencia universal en relación con determinados principios: los llamados de sentido común. El sentido común parece una cosa inofensiva y, valga la redundancia, comúnmente aceptada. Sin embargo, como dice Balint: “Cada médico tiene un conjunto de creencias muy firmes en lo que se refiere a qué enfermedades son aceptables y cuáles no; qué grado de sufrimiento, de dolor, de miedo y de privación ha de tolerar un paciente y a partir de qué momento tiene derecho a pedir ayuda o alivio; cuántas molestias puede crear el paciente y a qué personas o instituciones, etc. Estas creencias no se verbalizan explícitamente casi nunca, pero las tiene muy arraigadas. Impulsan al médico a hacer todo lo posible para convertir a todos los pacientes a su fe, a hacer que acepten sus protocolos y que estén sanos o enfermos de acuerdo con ellos.” A esta actitud, que podríamos definir como la ideología escondida tras el concepto de sentido común, Balint le da el nombre de *función apostólica*.

El efecto de la función apostólica sobre las formas de administración de la medicina-médico es fundamental, y siempre consiste en una restricción más o menos grande de la libertad del médico, en una sobredeterminación de su actuación que tiene poco que ver con las auténticas necesidades del paciente. La función apostólica tiene que ver con la idiosincrasia del médico, con su personalidad, con

su manera de entender la vida; pero también tiene que ver con una idiosincrasia no individual, sino debida a la formación recibida por el conjunto de los médicos y al lugar que ocupa el médico en nuestra sociedad. La dificultad para identificarse y empatizar con los pacientes pertenecientes a una clase social o a una cultura diferente de la del médico, la imposición de repertorios ideológicos al paciente, la reticencia a utilizar determinados recursos terapéuticos: todo esto son manifestaciones de la función apostólica.

Lo cierto es que, cuando el enfermo va al médico, la situación es la siguiente: el enfermo tiene miedo, poco o mucho, no sabe por qué se encuentra mal, aunque se haga el autodiagnóstico provisional, y supone que el médico lo debe de saber; sufre y espera un alivio; ha de afrontar una invalidez temporal, o tal vez definitiva; espera del médico que haga de árbitro en situaciones familiares complejas, etc. Una situación de este tipo necesariamente empuja al paciente a establecer una relación de dependencia infantil con su médico. La regresión es inevitable. Pero la cuestión es averiguar qué grado de dependencia constituye un buen punto de partida para que se dé un progreso terapéutico y a partir de qué momento esta dependencia se convierte en un obstáculo. Se trata de saber “cuándo y hasta qué punto se puede autorizar al paciente a regresar, es decir, a volver a un comportamiento más primitivo e infantil, abandonando el comportamiento adulto, y [...] qué madurez es exigible a un individuo, en qué grado y en qué momento.”

Esta cuestión queda abierta a ulteriores investigaciones. Balint señala que el campo de la práctica de la medicina general es el terreno más prometedor para el estudio del problema de la madurez. “El comportamiento de las personas cuando se ponen enfermas o cuando se dan cuenta por primera vez de que están enfermas, sus formas de lucha contra las consecuencias de la enfermedad crónica podrían suministrar un material tan rico como el que se ha recogido gracias a la observación de la evolución de los niños hacia la madurez.”

El médico, en el ejercicio de su profesión, tendrá que procurar que no se repita la experiencia que generó la falla básica en su paciente, es decir, la de una discrepancia importante entre sus necesidades y las respuestas del ambiente. De su actuación depende, en gran medida, que el paciente sienta que se justifica su desconfianza en el ambiente o que se permita una relación con éste más ajustada a la realidad.

3. Los grupos Balint

Consecuentemente con su teoría de la enfermedad y su concepción de la función del médico, Balint propone una alternativa de formación psicológica para médicos a través de grupos con unas características propias que los diferencian de otro tipo de grupos, tanto por el método como por el contenido.

Si tenemos en cuenta el método, podemos decir que el grupo Balint no es exactamente un grupo didáctico (un maestro y unos cuantos discípulos), ni un grupo

psicoterapéutico (un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental), aunque los médicos aprenden y mejora su salud mental. Es un grupo constituido por diversos médicos y un psicólogo o psiquiatra con formación psicoanalítica, donde se presentan casos procedentes de la práctica de los médicos y se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados, admitiendo la ventaja que da al psiquiatra o psicólogo su formación psicoanalítica y a los médicos su experiencia médica.

En cuanto al contenido, se diferencian de otros grupos en que no se ocupan sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o conflictos de los médicos participantes, sino que el psicoanalista intenta centrar la discusión en la relación médico-paciente, que, por una parte, es un reflejo de la relación entre el paciente y su enfermedad, y, por otra, se refleja en la relación entre los diferentes componentes del grupo.

El resultado más importante de los grupos Balint suele ser un aumento de la sensibilidad del médico hacia lo que necesitan los pacientes, tanto a nivel consciente como inconsciente, y un cambio sustancial en su actividad profesional.

Conclusión

El psicoanálisis aporta básicamente una serie de intentos de reflexión sobre la complejidad de la interacción entre cuerpo y mente, entre genética y vínculos afectivos, que ya se intuía desde los tiempos de Hipócrates. Este breve trabajo da cuenta de algunos de estos intentos, pero ha habido muchos más en los que no puedo extenderme aquí (si bien creo que merece la pena al menos mencionar los nombres de Winnicott, Bion, Aulagnier y McDougall).

Como dice un psicoanalista contemporáneo con amplia experiencia en clínica psicosomática (Boschan, 1999), lo psicosomático es una verdadera encrucijada en la que se plantea la duda sobre si es posible abordarlo desde una única teoría o más bien sólo es posible aproximarse a su comprensión desde la interdisciplina. Para el pensamiento humano, la integración mente-cuerpo despierta formidables resistencias, y éstas contribuyen a abonar una y otra vez teorías simplistas y unicasales desde diferentes paradigmas.

No obstante, la aportación de los psicoanalistas a la concepción teórica y a la práctica de la medicina es digna de ser tenida en cuenta para los clínicos comprometidos con su tarea y conscientes de la complejidad de los fenómenos que abordan, para los que intentan trabajar en el marco de un modelo verdaderamente bio-psico-social y no reduccionista.

Desgraciadamente, el sesgo biologista de la formación que reciben los estudiantes de medicina en nuestras facultades parece prepararles más para ejercer la bioingeniería que la medicina entendida en su sentido más integrador. Al menos, en la formación de postgrado de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pueden tener acceso a grupos Balint, y no verse obligados a afrontar su tarea

clínica teniendo que suplir su déficit de formación psicológica a base de voluntarismo y sentido común. Y ésta es una de las aportaciones más útiles que puede hacer actualmente el psicoanálisis a la práctica médica.

Desde el principio de la historia de la medicina, encontramos dos corrientes en lo que se refiere a la concepción de la enfermedad y de la práctica médica: una de ellas biologista, lineal y unicausal, la otra más compleja basada en el concepto de homeostasis y armonía de cuerpo y mente con el entorno. El Psicoanálisis sigue este Segundo paradigma, y ofrece explicaciones teóricas sobre la enfermedad y la función terapéutica. El autor sintetiza los hallazgos de las escuelas psicósomáticas de corte psicoanalítico, particularmente las de Chicago y París, así como la de Balint y su método de grupos para médicos que no han recibido entrenamiento en los aspectos psicosociales en sus estudios de Medicina

Palabras clave: Paradigma biologista, paradigma psicósomático, alexitimia, falla básica, función apostólica, grupos Balint.

Referencias bibliográficas

- AISENSTEIN, M. (2006). "The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School", *International Journal of Psychoanalysis*, **87**, 667-80
- ALEXANDER, F., FRENCH, T., POLLOCK, G. (1968). *Psychosomatic Specificity*. Chicago: University Chicago Press
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu
- BALINT, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*, Londres: Pitman
- BALINT, M. (1968). *The basic fault (Therapeutic aspects of regression)*. Londres: Tavistock Publications.
- BION, W. (1972). *Transformaciones*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- BOSCHAN, P. (1999). "Encrucijadas teórico-clínicas en psicósomática", *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 1.
- FERENCZI, S. (1929). "El niño mal recibido y su instinto de muerte". *Psicoanálisis*, Madrid: Espasa Calpe
- FREUD, S. (1917). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo II, 1973.
- GRODDECK, G. (1923). *El libro del ello*. Barcelona: Taurus, 1973
- MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot
- McDOUGALL, J. (1989). *Théâtres du corps*. París: Gallimard
- SIFNEOS, P.E. (1995). "Psychosomatique, alexithymie et neurosciences", *Revue Française de Psychosomatique*, **7**, 27-35.
- WINNICOTT, D.W. (1949). "Mind and its relation to the psyche-soma". *Through paediatrics to psychoanalysis: Collected papers*. London: Karnac, 1984.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

Consejo Editorial: Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2005 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2005 (números 61-64): 42 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 57-60).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2005. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2005 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)
C./ Francesc Tàrraga, 32-34
08027 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA CLÍNICA HOY

Asunción Soriano Sala

In this article some aspects of clinical contributes based on Psychoanalytic approach are considered in the context of present social, scientific and cultural changes.

Key words: Psychoanalysis, psychotherapy, multimodal treatments.

INTRODUCCIÓN

En este artículo trataré de exponer algunos aspectos del trabajo clínico basados en las teorías psicoanalíticas, que tuvieron como punto de partida el pensamiento de Freud y que han ido evolucionando con las aportaciones de los nuevos pensadores, los avances científicos y sociales entre otros.

Freud desarrolló una teoría de la mente, que dio como fruto un método y una técnica, la cual se ha ido modificando en muchos sentidos; en esta ocasión me centraré en aquellas que tienen que ver con la adaptación de la técnica a las necesidades de los pacientes. Un ejemplo muy documentado sería el trabajo, “Tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos”, que desde 1979 viene llevando a cabo un grupo finlandés (Alanen, 2003) y sueco (Cullberg et al., 2000, 2003).

El trabajo de muchos psicoanalistas en la asistencia pública ha implicado una apertura a la población general, sin la selección que supone la consulta privada. El paciente analizable desde la metodología estándar es en muchos sentidos minoritario; estamos hablando de tratamientos de varias sesiones semanales, durante periodos de tiempo prolongados y con un nivel de interpretación, comprensión y motivación muy elevado por parte del paciente para poder sostenerlo. Se trata pues de una técnica que tiene unas claras limitaciones clínicas y sociales. Además, los pacientes graves requieren un tratamiento multidisciplinario, familiar grupal, etc.

A la consulta pública nos llegan pacientes con una demanda psicopatológica muy diversa y, también, con una presión asistencial que no permite realizar lo que

sería el psicoanálisis estándar; sin embargo, lejos de ser un inconveniente, esta realidad ha abierto puertas para ver cómo la herramienta “psicoanalítica” puede interaccionar con otras disciplinas y crear sinergias de trabajo más efectivo. En este momento, por tanto, habría que hablar de “técnicas psicoanalíticas diversas”, sustentadas todas ellas en la misma teoría, pero que con la introducción de modificaciones diversas permite atender a un mayor número y tipo de pacientes. (Clusa, J 1997)

El psicoanálisis nos aporta una comprensión del funcionamiento psíquico que es equivalente a una observación microscópica de los movimientos emocionales: sus ansiedades, sus defensas, aquello que hay en el fondo y por detrás de una conducta aparentemente incomprensible. Podría servirnos de ejemplo la atención que presta un cirujano al campo quirúrgico.

A la vez, está claro que también hay que mantener una mirada más macro: alguien ha de estar pendiente de las constantes vitales. Así pues, una adecuada integración de las diferentes herramientas de intervención –en función de las necesidades de los pacientes– permitirá que éste progrese en el *continuum* entre lo patológico y lo sano.

Desde ninguna perspectiva es posible considerar una herramienta terapéutica como única. Sin embargo, la actitud humana, por cierto bastante general y frecuente, de considerar “lo mío es lo bueno”, ha llevado a callejones sin salida y a un entecimiento del conocimiento científico. Del camino conjunto que queda por recorrer, baste señalar que cuando nos encaramos con la patología grave, las posibilidades terapéuticas siguen siendo modestas, cualquier que sea la teoría y técnica que utilicemos.

En la actualidad, los descubrimientos de las neurociencias, están aportando una información anatómica y fisiológica de los fenómenos psíquicos que anteriormente se había observado a través del dialogo que los psicoanalistas tenían con sus pacientes. Parece claro que si “algo pasa” en el psiquismo es que “algo pasa” en el cerebro, pero aun queda un largo camino para establecer los puentes necesarios entre ambas orillas: mente y cerebro. En este sentido, la integración y colaboración mutua serviría para lograr un mejor entendimiento de esa realidad tremendamente compleja que es el psiquismo humano, sus bases cerebrales, sus repercusiones emocionales, para comprender su repercusión en la conducta, las relaciones y, en definitiva, en nuestra vida social.

Otro aspecto importante a destacar es que los profesionales, cualquiera que sea nuestra perspectiva, a la hora de “entender esta realidad”, lo hacemos con nuestras propias capacidades mentales, emocionales, relacionales. Hemos de “medir, evaluar algo”, y el instrumento que utilizamos es el mismo que no conocemos bien. Esto lleva a limitaciones que convendría reconocer y tener en cuenta. Hinshelwood (2004) habla del impacto emocional que sufrimos todos, trabajemos con la teoría que trabajemos, en el contacto con la locura. El miedo a la locura, también lo sentimos

los profesionales que trabajamos con ella. Este autor destaca tres aspectos que hacen aumentar el estrés de nuestro trabajo:

1. La falta de sentido del paciente y de sus síntomas, que nos llevan a buscar significados rápidos, explicaciones que nos eviten la incertidumbre, muchas veces se trata de pseudosignificados para eludir el dolor mental del no saber, no entender (Bion, 1963).
2. La locura como algo fuera de control, sin freno y, por tanto, potencialmente peligrosa.
3. La sensación de insuficiencia en el trabajo. Los pacientes no mejoran de una forma del todo satisfactoria y no suelen ser expresivos en cuanto a la apreciación positiva de su mejoría.

Estar sometidos a estas fuentes de ansiedades, que a menudo no son demasiado conscientes ni se expresan con claridad, suele llevarnos a adoptar posturas defensivas diversas. En unos casos, buscando rápidamente certezas biológicas que nos tranquilicen y eviten el acercamiento emocional con el paciente, en una especie de “tocar y marchar” (Donati, 2000); en otras, amparados en la teoría, podemos refugiarnos en intelectualizaciones, explicaciones, interpretaciones que, alejadas de la realidad del paciente, nos evitan el doloroso contacto con el sufrimiento mental.

Una forma de mejorar esta situación sería, siguiendo a Hinshelwood, tener en cuenta y atender tanto el trabajo técnico como el emocional, buscando las maneras de afrontar con realismo las posibilidades de mejora del paciente, evitando así la insatisfacción de un superyo profesional excesivo y haciéndonos conscientes de nuestro estrés y de las maneras de defendernos –las reuniones de equipo y las supervisiones con algún experto ajeno al equipo sería una buena herramienta–. Porque la cuestión sería poder centrarse plenamente en los diferentes aspectos del trabajo, en los problemas específicos de los pacientes y en los aspectos técnicos de la intervención profesional ya sea psicoterapéutica, farmacológica, social, educativa, etc.

Caso clínico

Partiendo de estas premisas, expondré la aplicación práctica de algunos conceptos que, a mi entender, permanecen vigentes en el psicoanálisis y que nos permiten atender no sólo la sintomatología del paciente sino su trasfondo. Se trata de un trabajo psicoterapéutico realizado en la red pública de salud, del cual iré relatando fragmentos del dialogo terapéutico recogido en algunas sesiones especialmente significativas. Este tipo de dialogo no se improvisa, pues por un lado debe ser sencillo y cercano, ya que nada menos terapéutico que un acercamiento intelectual o teórico (Soriano2004) y, por otro, lo que decimos, cómo y con qué actitud, implica una compleja comprensión del psiquismo, de los mecanismos de defensa, proyecciones, transferencia, contratransferencia, etc. Algunos de estos

conceptos los iré nombrando a través de mis comentarios, pero con seguridad no pueden ser más que una pincelada, ya que mi intención es sobre todo ofrecer una instantánea de un tipo de trabajo clínico desde la perspectiva de la comprensión del mundo interno que nos aporta el psicoanálisis.

Primera entrevista

El caso clínico que he elegido es el de una chica de 17 años, internada en un centro de menores, que en el transcurso de una pelea con otra chica algo mayor que ella, la agrede con resultado de muerte. En el informe que recibo antes de visitarla consta que ha sido diagnosticada de psicópata y que se considera inviable cualquier tratamiento psicoterapéutico. La describen como fría, distante y sin ninguna capacidad de sentir culpa. Por otro lado, en el centro donde cumple la medida penal, no presenta ninguna conducta anómala, está bien adaptada a la normativa y desde el punto de vista conductual no aparece ninguna emergencia de intervención profesional.

El motivo de consulta, se debe a que a pesar de no dar “ningún problema”, a que la gravedad del delito hace aconsejable una nueva revisión diagnóstica, además de que la chica hace una demanda de ser atendida porque padece ansiedad, insomnio y tiene pesadillas. El hecho de que tenga interés en explicar sus sueños, me parece que puede estar relacionado con que los profesionales del centro piensen que un psicoanalista “algo hará con esos relatos”.

Previamente a la entrevista me preparo para el impacto emocional que significa entrar en el “mundo interno” de alguien que ha matado a alguien. Era la primera vez que atendía este tipo de pacientes, si bien anteriormente había realizado tratamientos a jóvenes infractores, pero de delitos menores. Como ya he comentado anteriormente, nuestro bagaje profesional no va a evitarnos unos sentimientos contratransferenciales intensos y probablemente difíciles, con los que nos tendremos que manejar para no entrar en una asistencia defensiva de “tocar y marchar”, simplemente etiquetadora o, por el contrario, ser capaces de “saber encontrar aquello de humano que persiste a pesar del delito” (Williams, 1982).

La primera entrevista se realiza en el mes de marzo y me sorprende el aspecto de la chica tan acorde con su edad. Se le ve, frágil, delgada, cuidada. Ya que la visito en el centro donde está internada, me presento como personal del hospital; es importante diferenciarnos de lo judicial y situarnos en el ámbito sanitario lo antes posible, para iniciar un tipo de contacto que pueda basarse en “que le pasa y en que puedo ayudarla”. Las posibilidades o no de que pueda darse un tratamiento psicoterapéutico se juegan desde la primera entrevista; en este sentido estaría de acuerdo con E. Torras (1991) cuando afirma que el tratamiento se inicia con la primera visita diagnóstica y el diagnóstico se finaliza con la última visita de tratamiento.

Inicio la visita, con preguntas suficientemente amplias para que pueda sentirse

con libertad de iniciar su relato por donde ella crea, me habla directamente del delito, expresándome su desconcierto me dice: “no entiendo nada de lo que me ha pasado, no duermo bien, pero no quiero que me den medicación”. Se queda en silencio y me parece que es necesario ayudarle a seguir, le pido que me explique algo de ella, lo que se le ocurra.

Ante la presión del hecho delictivo, parece que quedan muy lejanos o que no le interesan a nadie otros aspectos de su vida, de su forma de ser, como si se sintieran despojados de su historia e identidad. Creemos que es imprescindible ayudar a recuperar el “sí mismo” de antes del delito, para la propia paciente y también para nosotros, así podremos conocer mejor a la persona y, sobre todo, que aspectos de la personalidad están más conservados, como para poder establecer una alianza terapéutica.

“Yo no he sido nunca agresiva, vivía en un pueblo apartado en la montaña, hace dos años emigramos a la ciudad, mis padres, mi hermano y yo. A mi me había criado una tía porque mis padres estaban siempre con mucho trabajo, ella y el resto de la familia se quedó en el pueblo, hay mucha distancia y casi ya no nos veíamos, al poco ella murió, la he encontrado mucho a faltar, eso fue lo peor que me ha pasado en la vida”...

Favorecer que la paciente asocie libremente, nos puede abrir puertas para conectar con algo más profundo que lo aparente, probablemente a nivel consciente ella podría contestar que lo peor que le ha sucedido es este delito y la reclusión actual en un centro, pero en su relato nos expresa espontáneamente que ha habido un dolor previo: ¿la emigración?, ¿la falta de contacto con los padres?, ¿la muerte de la tía que la crió?. Habrá que esperar y ver que relación van tomando unos sucesos con otros y como se han ido configurando en su mundo de emociones y sentimientos.

Me intereso por ella como adolescente. Conocer cómo está viviendo este momento evolutivo, cómo son sus relaciones de amistad, aficiones, ideas propias, incluso los planes de futuro, me dará una idea más completa de la persona que tengo frente a mi, más allá de los síntomas o de la situación del delito.

“¿Amigos?... no puede decirse que tenga o al menos si antes creía que los tenía ahora prefiero no volver con ellos, me he metido en muchos líos, hacia tiempo que las cosas no iban bien y una de ellas la droga... Bueno puedo recordar a un amigo que era diferente, tenía otro rollo, estudiaba y no se drogaba, a mi a veces me gustaba ir con él, otras me rallaba cuando trataba de darme consejos... Ahora veo las cosas diferentes...”

¿Futuro? Quiero pensar que aquí podré estudiar, nunca me ha gustado hasta que he venido aquí y he visto que algunas cosas me interesan, quizás podría sacarme un título, yo estaba muy desorientada, ahora me llevo hasta mejor con mis padres. Me preocupa mi hermano pequeño, les digo a mis padres que hablen mucho con él, ellos no hablan, solo trabajan todo el día, yo ahora soy la que entiendo más a mi hermano, espero que no llegue

a sentirse tan perdido como yo (se expresa con mucho pesar).”

Todo lo que la chica puede explicar de sus amigos, de su hermano nos sirve como pantalla de proyección para entenderla y nos da datos de como está reorganizando los diferentes aspectos de su personalidad, como si todos los personajes de los que me habla fueran realmente aspectos de ella misma. En ese sentido le pido que me explique más de su hermano ya que, muchas veces, en los pequeños de la familia están depositados sentimientos de ternura y sobre todo de esperanza, que pueden ser proyecciones de sus deseos de reparar la culpa que permanece más o menos consciente.

En esta primera entrevista, puedo suponer que todo el aspecto frío y endurecido del que me hablan en el informe, que hace que se concluya con un diagnóstico de psicopatía y se desaconseja el tratamiento psicoterapéutico, podría ser muy reactivo y momentáneo. La situación abrumadora del delito, la detención, la espera del juicio, le habían hecho reaccionar con una especie de acorazamiento defensivo, que se podía confundir con frialdad y ausencia de culpa. Ahora la chica está en otro momento, el diagnóstico inicial es pues cuestionable, cosa bastante frecuente por otro lado, cuando tratamos con adolescentes, debido a las fluctuaciones propias del momento evolutivo.

Hay datos que me ofrecen pistas para pensar que es posible intentar una psicoterapia. Está abierta a pensar en lo sucedido, admitiendo que no entiende nada de lo que le pasó pero, a la vez, sabe que estaba en una situación de confusión, por lo que probablemente pueda darse cuenta de que estaba en riesgo. Tiene deseos de cambio, por lo que habla de los estudios, del cambio de amigos, de la mejoría en la relación con los padres y de las ganas de ayudar al hermano, que de alguna manera es una representación de sí misma. El deseo de estudiar, además de un elemento de realidad en cuanto a la posibilidad de organizarse un futuro es, también, una forma de poner a funcionar sus recursos pensantes. Estos recursos he de suponer que también los podrá poner al servicio de la elaboración mental que requiere toda psicoterapia y que en este caso implicará, tarde o temprano, acercarse al hecho delictivo.

Anamnesis

Una de las aportaciones del psicoanálisis, es el valor de la biografía de cada persona, la importancia de las primeras relaciones y cómo han participado en la construcción de la personalidad. Pero además de lo que en la vida haya sucedido realmente, damos un valor específico a la manera peculiar en cómo esas vivencias han sido sentidas por la persona. Por lo tanto pondremos mucha atención en conocer esos datos de anamnesis y en el relato subjetivo. Con todo ello estableceremos unas hipótesis diagnósticas psicodinámicas, complementando las clasificaciones nosográficas que nos aportan una visión general. En el caso de esta chica, se trataría de un trastorno de la personalidad antisocial. Este diagnóstico es importante como

punto de partida ya que sería muy diferente –desde el punto de vista terapéutico y pronóstico– si se tratara, por ejemplo, de una paciente psicótica o deficiente mental. A continuación resumiré los datos biográficos más relevantes, que obtengo a largo de diferentes sesiones en las que ella se mueve libremente y que voy completando, cuando no me queda claro, con alguna pregunta concreta.

La paciente, como ella misma dijo, nació y vivió, hasta los 15 años en una zona rural, donde fue criada por una tía materna, soltera que se dedicó con mucho afecto a su cuidado. Los padres permanecen largas temporadas alejados de la familia, trabajan mucho y la chica los recuerda distantes también emocionalmente. Ella vive con un fuerte sentimiento de desarraigo la partida a la ciudad, explica que ya aparecen en ese momento los primeros síntomas de ansiedad e insomnio. Se siente mal pero no lo comunica a nadie. A los pocos meses muere la tía que la había criado, lo que ella identifica como lo peor que le había pasado en la vida. Poco a poco se va encerrando en su soledad y como salida se inicia en el consumo de tóxicos.

Creo que en esta chica, al igual que sucede en muchos casos, la oferta de la droga, que tan cercana tiene los jóvenes, viene a ser una especie de “automedicación”, a través de la cual calman el malestar psíquico. Los padres no detectan el problema, continúan poco presentes y el resto de la familia y amigos quedan muy lejos. Ellos no retornan al lugar de origen durante ese tiempo.

La chica se va desorganizando, pero a la vez se siente muy culpable con su propia vida, el sentimiento de vergüenza le impide pedir ayuda. Al cumplir los 16 años busca un trabajo en otra ciudad aumentando así el alejamiento familiar. Su superyó la hace sentirse tan poca cosa y tan acusada internamente que va poniendo distancia, aislándose y drogándose. Se relaciona y tiene amigos dentro de un mundo cada vez más marginal, entre ellos la chica que agredió. Esta era mayor y a la vez alguien ya muy deteriorada. ¿Por qué despertó una ira tan incontrolable?, la paciente no se lo explica, sólo lo atribuye a que estando con el “mono” uno puede perder el control.

A título de hipótesis podríamos pensar que todo el desprecio que sentía hacia sí misma lo disocia por un momento y lo siente reflejado en la otra chica que, inconscientemente, podría percibir como una representación de sí misma en el futuro. Este tipo de violencia será más cruel cuanto mayor es el odio que siente hacia sí misma. Siguiendo esta hipótesis, la terapia tendría que ayudarla a recuperar una identidad más estructurada y que, por tanto, no tuviera tanta necesidad de proyectar y atacar en los otros aquello que odia de sí misma. Se trataría, pues, de proporcionar un espacio terapéutico donde además de atender todo lo relacionado con el delito, nos ocupemos de sus posibilidades adolescentes. La construcción de la identidad probablemente quedó interrumpida a los 15 años cuando además de la propia crisis adolescente tuvo que hacer frente a las múltiples pérdidas ligadas a la emigración y a la muerte de la tía. La salida hacia la droga no hizo más que entorpecer su evolución personal.

Sesión de psicoterapia

Es el mes de mayo, llevamos dos meses de psicoterapia con un ritmo semanal, la paciente no ha faltado nunca a las sesiones y siempre se ha mostrado interesada y colaboradora. Hoy inicia la sesión especialmente distante, me pide que sea yo quien le pregunte, le indico que es posible que esté asustada de lo que le pasa por la mente y por eso prefiere que empecemos la sesión preguntándole yo. Entonces me explica cuestiones del centro, de cómo va progresando en los estudios, en la institución... pero de pronto se queda pensativa y comienza a evocar sus recuerdos sobre el delito:

“Ella tenía razón, yo quizás hubiera hecho lo mismo. Yo le hice una broma, no hablaba en serio pero ella se ilusionó y cuando vio que no era verdad y que le estaba tomando el pelo, se cabreó, perdió los nervios, empezó a insultarme, a gritar y yo no soporto los gritos, no se ni cómo, le clavé... (no puede seguir hablando)”

Hay tanto dolor y carga emocional, que me siento incapaz de decir algo que no sea banal. Decido sencillamente, romper el silencio como forma de expresar que la estoy acompañando y para reconocerle lo doloroso que es para ella recordar y como la veo sufrir en este momento (Stern1998). Parece que toma fuerzas y sigue el relato:

“Me siento mal, yo estaba sin droga, muy irritable, pero no había para tanto, no tenía que haber pasado...”

Le reconozco, como ella dice, lo desproporcionado y brutal de su reacción pero a la vez se lo relaciono con su situación vital en aquel momento de la que tanto me ha hablado: pérdidas, desorganización, problemas con la droga. Intento aliviar un sentimiento de culpa persecutoria y melancólica, que solo podría ser destructiva y darle elementos para que se observe a sí misma con una doble mirada, la realidad del acto que realizó y la de su situación personal como elemento de comprensión hacia sí misma.

“Hablo conmigo misma todo el día, pienso en lo que pasó. Hay una parte de mí que dice: !Que se joda! Y otra que lo siento y lo pienso mucho”.

Ella explica muy claramente una división interna, un aspecto aparentemente psicópata, “que se joda”, y otro cargado de pesadumbre por lo sucedido. El conocimiento personal que me ha permitido este tiempo de terapia me hace decantarme hacia una hipótesis en la que este aspecto psicópata es una defensa ante la abrumadora conciencia de lo sucedido, y en ese sentido encamino mi intervención. Le digo:

”Es tan duro que, a veces, tienes que acorazarte y endurecerte tú, para no sentirte destruida por tus sentimientos (se encoge de hombros)... Eso que pasó es muy angustiante pero, ¿hacia donde iba tu trayectoria? ¿No crees que en la situación en la que estabas todo podía suceder? ”.

“Yo vivía al límite, fuera de la ley, como si esta no existiera”. Creo que al hablar

de la ley se aleja de su mundo interno, de su ética, me parece defensivo. Es importante que hable de ley (superyo), pero sin alejarse de lo más personal, para no perder la posibilidad de seguir elaborando lo que pasó, así que le pregunto:

“¿Pero en realidad tú cómo estabas, qué pasaba con tus sentimientos?”.

“Pocos... Cuando se vive así no se piensa en nada ni en nadie, sólo en comprar droga para seguir pasando los días. Yo estaba al límite... me duele tanto que por estar como estaba haya hecho daño a una persona que en realidad no tenía nada que ver. Ahora estoy sin droga y creo que podré irme organizando mejor. Antes a pesar de la droga trabajaba, ahora espero volver algún día a vivir con mi familia.”

Es difícil de transmitir el clima emocional, que se dio en esta sesión. Hay una tensión que al compartirla nos permite acompañar al paciente con el dolor que implica para ella y, por supuesto también, aunque a otro nivel, para el terapeuta.

A partir de ese momento, empiezan a disminuir los síntomas de ansiedad, el insomnio, las pesadillas a la vez que se entrelazan en sus comunicaciones, recuerdos del pasado, del delito, de nuevas vivencias actuales y proyectos de futuro. Este recorrido que la paciente va realizando a través de diferentes aspectos de sí misma abre camino a procesos mentales de elaboración y cambio psíquico. En realidad en esta sesión en la que puede hablar tan conectada con el delito, finaliza apuntando hacia un futuro en el que la idea de trabajar y estar con la familia, aparece como aspectos simbólicos de esperanza y reparación (Klein, M 1937).

Para acabar

La paciente es uno de tantos casos de chicas y chicos en los que trastorno de personalidad en el que están inmersos parece llevarles a situaciones vitales imparables. En algunos casos pueden dar un giro a su situación, pero generalmente es necesario el paso por instituciones que permitan poner en marcha coordinadamente diferentes recursos estructurantes. Se trata de hacer un análisis realista y atender sus necesidades sociales, educativas y médicas. Y es en ese marco de contención en el que la psicoterapia, para algunos pacientes, puede ser un elemento significativo que permite una mejora clínica.

En estos tratamientos nos encontramos en muchas ocasiones poniendo palabras a sentimientos naturales, que no han aprendido a reconocer, a tolerar, a elaborar, sin pasar al acto como sistema evacuativo. Aprender que se puede sentir rabia sin agredir o miedo sin ser un “pringao”, requiere un acompañamiento terapéutico cercano que no interfiere, ni alecciona. Sería ejercer por parte del terapeuta funciones de “reverie”, según describe Bion (1963).

Esta experiencia vivida repetidamente a lo largo de una relación transferencial, puede poco a poco cicatrizar heridas, incluso antiguas, ya que estas aparecen de nuevo, pero esta vez en el seno de la relación terapéutica. Nuestro objetivo central es en estos casos que el paciente pueda retomar su situación adolescente y apuntalar

todo aquello que tiene de proyecto vital propio, con las dudas y los temores propios de la edad.

Dejamos en segundo plano los aspectos biográficos que en muchas ocasiones resultan imposibles de elaborar. Incluso el delito una vez hablado y compartido, llega un momento en que el adolescente encuentra sus propias explicaciones, a veces racionalizando aquello que pasó. Posiblemente en el caso que nos ocupa quedará en la memoria como una “desgracia que le ocurrió de joven”, a la vez que ha podido recuperar su crecimiento adolescente allá donde había quedado interrumpido, aunque con un cierto remanente de culpa, por la dificultad de elaborar un daño de esta gravedad.

Pienso pues, que la formación psicoanalítica proporciona unos recursos técnicos y un equipaje personal que con las adaptaciones metodológicas necesarias, nos da la posibilidad de acompañar al paciente en aquello que es necesario para su evolución. No eludiendo el dolor mental, que muchas veces no se puede expresar con palabras, ni tampoco tener palabras para expresar o interpretar lo que sucede, pero si estar allí al lado de los sentimientos del paciente.

Mi interés en subrayar las aportaciones clínicas del psicoanálisis, no lo es menos en insistir en el riesgo de su aislamiento. No podemos eludir la necesidad de integrar los diferentes avances científicos y del conocimiento en general. Como hemos ido señalando en este trabajo, cada vez hemos de enriquecer nuestra respuesta terapéutica y muchos pacientes necesitarán terapias multimodales debido a la propia complejidad de la psicopatología. Y a mi entender, es en este conjunto de cosas que los tratamientos basados en la teoría psicoanalítica tienen un papel fundamental.

Este artículo presenta una reflexión, en relación a los 150 años del nacimiento de Freud. Sobre algunas de las posibilidades de la práctica clínica actual, que partiendo de los postulados psicoanalíticos, ha ido evolucionando y adaptándose a la realidad de los pacientes y sobretodo a la diversidad psicopatológica que acude a la red pública de salud.

Destaca la importancia y la dificultad del dialogo científico entre diferentes áreas, que estudian la realidad psíquica y del largo camino que queda por recorrer para establecer los puentes necesarios entre mente y cerebro.

Se centra en un caso clínico a través del que, se muestra un tipo de dialogo psicoterapéutico, y se van comentando los conceptos psicoanalíticos en los que se basan las diferentes intervenciones o actitudes del terapeuta. Se trata de una chica con un trastorno antisocial de la personalidad, delincuente y con historia de abuso de tóxicos. Finalmente plantea la necesidad en la patología grave, de tratamientos multimodales, que aborden coordinadamente las diferentes necesidades del paciente y en ese marco de trabajo es donde la aportación de la terapia psicoanalítica es fundamental.

Palabras clave: Psicoanálisis, psicoterapia, tratamientos multimodales, trastorno antisocial de la personalidad.

Referencias bibliográficas

- ALANEN, Y (2003). *Atenció psicoterapeutica als pacients psicotics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el colegio de Médicos de Barcelona.
- BION, W, R (1962). *Learning from Experience*. Seven Servants, New York: Jason Aroson.
- CLUSA, J. (1997). *Congreso de psiquiatría biológica*. Valencia.
- CULLBERG, et AL. (2000-2003). *Proyecto Parachute*. Suecia.
- DONATI, F (1989). Madness and morales. *British Journal of psychotherapy* 5:317-329. Republished in R.D. Hinshelwood and Wilhend Skogstad (eds) 2000 *Observing Organizations*. London: Routledge.
- FEDUCHI, LM. (1995). *El adolescente y la violencia*. IX Congreso Nacional SEPYPNA. Sevilla.
- HINSHELWOOD, R.D. (2004). *Sufering Insanity*. London: Routledge.
- KLEIN, M (1937). *Amor odio y reparación*. Obras completas de Melania Klein. Barcelona.Paidos (1989).
- SORIANO, A (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 4, 81-90.
- STERN, D (1998) et al. Non –Interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The something-more than interpretation. *International Psycho-Anal.*79. 903.
- TORRAS,E.(1991). *Entrevista y diagnóstico en psiquiatría y psicología infantil psicoanalítica*. Barcelona: Paidos.
- WILLIAMS,A.H.(1982) *¿Dónde empieza el crimen?*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya: Servei de Documentació. (R.2847).

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ASISTENCIA PÚBLICA. UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO BREVE A NIÑOS.

Jordi Sala, psicólogo clínico. COPC 100. Psicoanalista SEP-IPA
Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica Infanto-Juvenil (UPPIJ)
Departament de Salut Mental
Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona

The author describes a route from psychoanalysis to short term psychotherapy applied in mental health institutional settings taking time as a key factor, both in its chronological and developmental sense. He sees short term psychotherapy as a focalized treatment, and the choosing of the focus as an important and fundamental moment in the whole therapeutic process. Important requirements on both, therapist and patient are mentioned as well as specific characteristics in regard to the therapy of children. With the help of clinical material of a seven year old boy case the election of the focus is described and justified. The results proved the focus to be well selected.

Key words: psychoanalysis, treatment chose, short term psychotherapy, focalize treatment, chronological and developmental sense

TIEMPO Y TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO.

Desde sus orígenes, a principios del siglo XX, se despertaron grandes expectativas terapéuticas con respecto a la eficacia del tratamiento psicoanalítico. El ímpetu sanador y la ilusión pionera por un método y un recurso terapéutico novedoso en relación a la comprensión de los fenómenos psíquicos y su tratamiento, así como la necesidad urgente de demostrar su eficacia, hacían suponer que en poco tiempo el nuevo método podía producir ganancias terapéuticas espectaculares. Y de hecho, a menudo las producía sólo que transitoriamente.

Sin embargo, con Freud a la cabeza, los primeros psicoanalistas pronto se dieron cuenta de fenómenos resistenciales no previstos y de forma casi natural el tiempo empleado en el tratamiento psicoanalítico de las neurosis se fue alargando en la medida que se profundizaba en el conocimiento de los procesos mentales

subyacentes.

Freud (1904,1914) se vio obligado por los hechos clínicos y las dificultades que iba encontrando en su labor terapéutica, a plantearse el problema de comprender y abordar de forma más eficaz aquellos mecanismos que retrasaban o impedían la evolución del paciente hacia la curación. Al referirse, por ejemplo, a los beneficios secundarios de la enfermedad, o a la necesidad de un tiempo de trabajo psíquico de elaboración ya estaba apuntando a la complejidad del sistema defensivo, que explicaría el por qué el paciente se resistía a abandonar síntomas y modos de funcionar patológicos.

A lo largo de los años, la experiencia con los pacientes ha puesto más de relieve a los profesionales de la salud mental la dificultad de aquéllos para aceptar y llevar a cabo cambios significativos en la organización de su personalidad.

Hoy es ampliamente aceptado que el desarrollo mental no es un proceso lineal, ascendente y unívoco. El crecimiento mental se concibe más bien como un proceso dinámico y cambiante, sometido a una serie de influencias biológicas, relacionales y sociales que determinan su curso con movimientos hacia delante y hacia atrás, progresivos y regresivos, y que en ocasiones se detienen bloqueando el natural desarrollo emocional.

Si bien siempre solemos encontrar deseos y movimientos inequívocamente partidarios del progreso hacia la salud en nuestros pacientes no es menos cierto que, como terapeutas, tenemos que hacer frente a movimientos de signo contrario, refractarios a abandonar formas patológicas o regresivas que han cumplido y quieren seguir cumpliendo una función de dar estabilidad a la personalidad, entendida como un sistema organizado. Quedan lejos los tiempos en los que se creía que con el esclarecimiento de los recuerdos y las fuerzas inconscientes que subyacen a los síntomas el paciente debía mejorar casi de forma natural e inevitable.

Gracias al estudio clínico de estas dificultades y resistencias el método y la técnica avanzaron. Así pudieron formularse conceptos tales como compulsión a repetir, reacción terapéutica negativa, retorno de lo reprimido, sobredeterminación de los síntomas y tantos otros que han contribuido a esclarecer la naturaleza de las dificultades que retrasan o impiden la curación cuando todo parece favorable a que ésta ocurra. Y con el progreso teórico y técnico el tiempo del tratamiento se fue alargando.

Varios autores (B. Joseph, 1989; J. Steiner, 1993) han señalado y estudiado más recientemente las resistencias de los pacientes al cambio psíquico. La comprensión de la mente como un sistema organizado, también defensivamente, que reacciona a la introducción de cambios tratando de equilibrarse de nuevo a fin de mantener el sistema lo más estable posible, ha ayudado a afinar la observación de los movimientos que ocurren dentro de la sesión, y ha permitido detectar cómo la modificación de un aspecto pone en marcha movimientos de estabilización casi automáticos a fin de compensar el conjunto del sistema. Desde una perspectiva

metapsicológica se describía este fenómeno como impulsado y dominado por un principio económico de inercia. Sea como sea nos conviene recordar que el cambio no solamente se desea sino que también asusta a nuestros pacientes y moviliza a menudo ansiedades profundas y maniobras defensivas poderosas.

Es harto sabido que el psicoanálisis plantea la intemporalidad de los fenómenos inconscientes pero no tanto en el sentido que el inconsciente no tenga miramiento alguno por la realidad temporal sino en el sentido que, en él, el tiempo está presente como repetición. Y ésta sostiene la creencia que el tiempo no pasa, que nada cambia dentro de la circularidad de la repetición.

Y sin embargo el tratamiento psicoanalítico nos permite observar en forma muy directa la génesis del sentido de temporalidad en el paciente en la medida que la interpretación y la comprensión lo van separando de la repetición permitiéndole vivir la experiencia en términos de tiempo lineal, histórico. Es decir, el tiempo del desarrollo psíquico y del ciclo vital. Pero para que esto ocurra paciente y psicoanalista necesitan una cierta longevidad de experiencia compartida desde la posición diferenciada de cada uno.

Necesitamos tiempo. El paciente necesita tiempo para ir desplegando y poniendo de actualidad su conflictiva interna en presencia y en relación con el terapeuta. Éste a su vez necesita tiempo para ir conociendo a su paciente en su complejidad, para poder llegar hasta los complicados recovecos de su mente. Parafraseando el sabio bíblico, diríamos que hay un tiempo necesario para la repetición compulsiva y otro para la repetición elaborativa, un tiempo para reconocer las proyecciones y un tiempo para retirarlas. Un tiempo para interpretar al paciente y seguir el destino de la interpretación en su mente. Y un tiempo de parte del paciente para ensayar y consolidar los cambios.

Y esta necesidad de tiempo terapéutico no se comprende ni se acepta fácilmente en este mundo de hoy. El modelo social imperante señala como objetivo deseable obtener un máximo rendimiento con un mínimo esfuerzo. Vale la pena remarcar que éste es un criterio básicamente económico, de ahorro podríamos decir, que forma parte del sentido común pero que no siempre se ajusta al criterio científico o terapéutico y que llevado al extremo acaba siendo generador de una psicopatología asociada.

Y sin embargo, el sentido de realidad nos obliga a contactar con el hecho que los recursos de que disponemos en la asistencia pública son limitados. Nuestro reto ha sido y sigue siendo el de ofrecer fórmulas terapéuticas de más amplia aplicación aun a costa, o gracias al hecho de poder delimitar con mayor claridad objetivos terapéuticos restringidos si los comparamos con los del tratamiento psicoanalítico prolongado. Visto desde la perspectiva terapéutica este hecho tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Y sus aplicaciones, pero también sus contraindicaciones a fin de no poner el paciente en situaciones imposibles o innecesariamente arriesgadas. M. Balint (1957) y D.H. Malan (1963) han contribuido en este campo con multitud

de trabajos que marcaron una época y unas direcciones de las que se han beneficiado y se siguen beneficiando generaciones posteriores y actuales de terapeutas de orientación psicoanalítica.

LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE (PPB).

El principio básico que inspira la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se podría resumir como el de obtener una máxima eficacia con una óptima economía de tiempo. Ahora bien, con decir esto decimos mucho y nada. La PPB no pretende proponer una modalidad de tratamiento psicoanalítico abreviado o comprimido sino utilizar los conocimientos sobre la mente y el desarrollo psíquicos que el psicoanálisis pone a nuestra disposición para aplicarlos a una forma de abordaje terapéutico adaptada a las posibilidades de un marco asistencial en el que la economía de tiempo y la atención al mayor número posible de pacientes son factores de primera necesidad. No se trata de ofrecer sucedáneos del tratamiento tipo deseable sino de desarrollar un método y una técnica específicos con sus indicaciones y contraindicaciones propias, su técnica y sus objetivos terapéuticos. En este sentido creemos de vital importancia diferenciar con claridad la PPB del tratamiento psicoanalítico a fines de indicación y preservación de la especificidad de cada uno y de ofrecer al paciente el abordaje que mejor le puede beneficiar.

En realidad, en el campo de la PPB, nos encontramos con diferentes propuestas según la necesidad que tiene cada una en particular de asemejarse o diferenciarse del método psicoanalítico de referencia. Hay diferentes modelos y propuestas de tratamiento breve. Y cada modelo describe las indicaciones, la técnica y los objetivos de manera más o menos distinta a los demás. Ahora bien, siendo una realidad que en el ámbito de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se proponen variados modelos que difieren parcialmente entre si en lo conceptual y en la técnica que aplican, hay lo que podríamos llamar acuerdos de mínimos sobre una serie de características comunes compartidas que los hacen reconocibles como un recurso terapéutico claramente definido y diferenciado de otros.

Leichsering, F. et al. (2004), en un estudio sobre la eficacia de la PPB, los resumen de forma sintética y clara. Así, en lo que se refiere a las características formales, el tiempo de tratamiento suele comprender de 16 a 30 visitas por término medio, con diferencias que alargan los extremos hasta llegar a un margen que va de 7 a 40 sesiones. Terapias con menos de 7 encuentros entre paciente y terapeuta deberían de considerarse ultra-breves.

¿Qué señas de identidad son características de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve? De forma muy resumida podemos decir que en la PPB el terapeuta

1. tiende a ser más activo que en un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico convencional, y en este sentido procura contener los movimientos regresivos del paciente así como actitudes pasivas en si mismo y en su

- paciente;
2. trata de fomentar el desarrollo de la alianza terapéutica y de la transferencia positiva en un ambiente de cooperación mutua;
 3. debe tener presentes en todo momento los aspectos sanos y evolucionados del paciente sobre los que deberá apoyarse para que el paciente pueda sostener el proceso;
 4. focaliza la problemática del paciente en aquél conflicto o tema específico que considera nuclear, y trabaja preferentemente el foco elegido y otros aspectos colaterales directamente relacionados con el mismo;
 5. suele explicitar al paciente desde el principio del tratamiento el foco alrededor del cual se va a centrar el trabajo terapéutico. Queremos establecer un acuerdo compartido sobre lo que será el objetivo preferente de observación y comprensión, y comprometer activamente al paciente en la tarea como algo común, de responsabilidad mutua;
 6. así mismo, a lo largo de todo el proceso, el terapeuta pone mucha atención en continuar el trabajo sobre el foco elegido, los objetivos a alcanzar y la terminación del tratamiento. La planificación de objetivos y una técnica de atención selectiva deberían estar presentes en su mente en todo momento y muy especialmente a la hora de escoger y verbalizar las interpretaciones al paciente;
 7. suele hacer especial mención a las experiencias del paciente tal como se manifiestan en la sesión y, si bien las vicisitudes de la transferencia se observan en todo momento en cambio solo se la interpreta cuando, de no hacerlo, ésta se convierte en factor resistencial que amenaza bloquear el proceso. En todo caso no se favorece su expresión ni se la retrotrae a la infancia del paciente.

Estos puntos que acabo de describir desde la perspectiva del terapeuta requieren algunas condiciones necesarias de parte del paciente a fin de determinar si, de acuerdo a la naturaleza de su demanda, su problema y su personalidad, lo vemos susceptible de beneficiarse de un abordaje psicoterapéutico de orientación psicoanalítica breve. Aunque no voy a entrar aquí en detalle sobre este asunto no está de más recordar que la cuestión de acertar en la indicación terapéutica es básica en toda intervención sanitaria. Damos por supuesto que no todos los pacientes que consultan se pueden beneficiar de un abordaje terapéutico breve. La indicación es una decisión terapéutica que debe ser tomada con mucho cuidado después de haber explorado con atención la organización psicopatológica del paciente así como los aspectos sanos y enfermos de su personalidad.

Quiero reseñar, aunque sea sólo de paso, algunas condiciones del paciente que considero necesarias para indicar una PPB.

1. En primer lugar el paciente debe tener una motivación clara para tratar su problema, y estar dispuesto a trabajar activamente con el terapeuta en la

exploración de su conflictiva;

2. esperamos que sea receptivo y que muestre un cierto grado de apertura a considerar las interpretaciones que le vamos a ofrecer y a cuestionar sus posiciones respecto de los problemas que viene tratar;
3. esperamos poder identificar con claridad el problema vital que le aqueja, es decir, que sus dificultades sean focalizables en algún núcleo o conflicto que nos permita circunscribir la tarea que vamos a llevar a cabo; en este sentido no nos preocupa tanto la organización psicológica del paciente como la posibilidad de focalizar el trabajo y de contribuir a mejorar las condiciones del mismo; aunque naturalmente necesitamos la presencia de un mínimo de aspectos conservados y sanos
4. y así mismo, en relación al punto anterior, evitaremos indicar PPB en aquellos casos en los que la destructividad y el negativismo alcanzan proporciones tales que impiden el establecimiento una alianza terapéutica mínima; de la misma manera nos abstendremos de indicarla en aquellos casos en los que se requiere una intervención que abarque el conjunto de la personalidad.

Con la enumeración de los puntos arriba reseñados en relación al terapeuta y al paciente pretendo ofrecer solamente algunas indicaciones que orienten al lector no familiarizado con este abordaje respecto de los problemas y las condiciones que considero esenciales. Para más información remito al lector a la extensa bibliografía existente sobre el tema.

ALGUNAS PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO A NIÑOS EN ASISTENCIA PÚBLICA.

En general los profesionales de la salud mental que nos dedicamos a atender niños tendemos a centrar nuestros esfuerzos en la prevención y en la atención a las familias de los consultantes. El niño, así como el adolescente, está pasando por unas fases del ciclo vital en las que se juega el destino de las potencialidades evolutivas del individuo, tanto a nivel cognitivo, como afectivo y relacional. Y esto tiene lugar en un contexto en el que se ve sometido a influencias muy intensas y directas principalmente de sus padres, pero también del resto de su entorno familiar, grupal y escolar. El camino hacia la individuación y el establecimiento de una identidad es largo y arduo.

Así pues, en la consulta conviene explorar bien y no precipitarse. Durante el proceso de valoración diagnóstica e indicación terapéutica hay que prestar especial atención en diferenciar normalidad evolutiva de patología.

Si no perdemos de vista el contexto evolutivo en el que vive el niño seremos capaces de matizar y afinar más respecto del sentido profundo de la demanda, de los síntomas y de la indicación. Hay que dar tiempo al niño para que aprenda a afrontar sus dificultades afectivas y relacionales, de manera que procuramos valorar sus

síntomas y sus dificultades desde una visión abierta y evolutiva. Sabemos que un síntoma puede indicar la presencia de patología o simplemente ser un signo transitorio que señala la existencia de un conflicto afectivo que el niño está tratando de tramitar y elaborar. Así pues es aconsejable no apresurarse en indicar un tratamiento.

Por otro lado, prestamos especial atención a las presiones e influencias que el medio ejerce sobre el pequeño paciente. En el ámbito familiar los niños a menudo se hacen eco y expresan en carne propia perturbaciones serias de la dinámica familiar o de algunos de sus miembros adultos en particular. Es necesario diferenciar bien cuando el síntoma del niño es un reflejo de la patología familiar o de otro miembro del grupo, cuando es un signo de desarrollo evolutivo y cuando es un problema por el que se requiere atención individualizada.

El adulto nos llega con una personalidad y una organización mental más o menos bien establecida. El niño la está construyendo. En este sentido entiendo que cuando la elección terapéutica es de psicoterapia breve individual al niño el factor 'desarrollo' debe de estar siempre en el trasfondo de la focalización.

En definitiva, nuestro objetivo terapéutico fundamental es contribuir a la maduración emocional del paciente que crece, ayudar a que el desarrollo prosiga de acuerdo a las capacidades del individuo, desatascar el proceso de crecimiento cuando este se detiene y especialmente en aquellas áreas de la personalidad en las que vemos riesgo de enquistamiento.

El saneamiento, la higienización de las capacidades evolutivas constituye uno de los ejes fundamentales a tener en cuenta en el momento de la elección terapéutica.

En este punto creo que podemos esbozar una definición de PPB en la infancia como aquel abordaje terapéutico que, inspirándose en el modelo psicoanalítico, pretende contribuir a la maduración emocional del paciente a través de un proceso de interacción con el terapeuta, proceso dentro del cual se tendrían que poder describir, aclarar e interpretar los conflictos nucleares del paciente definidos en el foco, conflictos que interfieren o bloquean de manera significativa las posibilidades evolutivas del niño en relación a su potencial específico, sus condiciones biográficas y las de su entorno.

UN EJEMPLO DE FOCALIZACIÓN.

La focalización en PPB es una necesidad. Para poder trabajar bien y eficazmente en un tiempo acotado necesitamos restringir, delimitar adecuadamente las áreas de intervención preferente. La focalización es, a su vez, una consecuencia de la hipótesis diagnóstica y las previsiones pronósticas que atañen al caso. No describiré el proceso diagnóstico que por lo demás no difiere en gran manera del proceso normal de diagnóstico en psicopatología infantil de orientación psicodinámica. Resumiré en cambio algunas ideas acerca de la labor de focalización.

El foco debería de incluir el núcleo principal del conflicto que entorpece de

manera significativa el normal desarrollo del individuo o, dicho de otra manera, debería delimitar la zona crítica, frágil, de la personalidad del paciente en la que se debe centrar la intervención terapéutica. Debería de incluir y ofrecer una descripción de la constelación particular de ansiedades y defensas alrededor del dicho núcleo o zona. Y además dar cuenta de los aspectos conservados, sanos y progresivos de la personalidad del paciente con los que el terapeuta podrá contar como aliados del tratamiento y dinamizadores de desarrollos madurativos.

Para todo esto es importante tener bien presentes los acontecimientos que desencadenan la consulta y las circunstancias externas, biográficas y actuales que la han precipitado. Así mismo, es básico aclarar de qué sufre el paciente, o grupo familiar; qué áreas de su personalidad se ven afectadas; qué riesgos podemos pronosticar caso de no llevarse a cabo el tratamiento; y además, qué clase de cooperación podemos esperar del niño y de su entorno familiar.

En forma resumida presento a continuación un ejemplo de focalización de acuerdo a las líneas que aquí se han esbozado.

Andrés es un niño de 7 años, hijo único de una pareja separada que traen a nuestro servicio para que valoremos la adecuación de un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica breve. Viene derivado por el Centro de Atención Primaria de referencia por considerar que una psicoterapia podría ayudar al niño en sus dificultades de concentración y aprendizaje. Sobre un fondo ansioso y de inmadurez psicológica que se agravó al poco de la separación de los padres se nos informa que el niño presenta como síntomas más llamativos enuresis diurna primaria, estreñimiento pertinaz, dificultades de relación con los iguales a los que pega si no consigue dominar y unos rendimientos escolares bastante por debajo de lo que le correspondería por su edad y sus recursos intelectuales.

A la primera entrevista acuden madre y niño quien tiene una apariencia huraña y una actitud recelosa con respecto al terapeuta. La madre explica que vienen derivados para tratamiento cosa que ella ve bien puesto que con anterioridad el niño fue ayudado en un servicio de atención precoz y progresó de forma considerable. En aquel entonces, a los 3 años de edad y según consta en informe del SAP (Servicio de Atención Precoz), Andrés presentaba un marcado retraso en la evolución del lenguaje, problemas de alimentación, control de esfínteres y dispersión.

La madre informa que en la actualidad el niño sigue con la enuresis primaria y que en el colegio se quejan de que es un niño que pega a los otros niños cuando no se dejan manejar o le llaman mentiroso y no se creen la fantasías que él explica con frecuencia. Además crea problemas en la clase tratando de llamar la atención continuamente con salidas de tono extrañas que sorprenden y angustian a las maestras. Parece que el niño, en la relación individual con ellas, es un encanto. Por lo que a aprendizajes se

refiere en este momento progresa bastante bien aunque de pronto parece des-aprender y olvidar aprendizajes que parecían consolidados.

Cuando trato de obtener mayor información acerca del desarrollo del niño la madre me responde con un evidente secretismo que no puede hablar en su presencia. Mientras Andrés ha ido dibujando ‘un barco con sus velas, una luna y una bandera’. La madre da algunas informaciones superficiales más con respecto al tratamiento anterior y dejo para una próxima visita la ocasión de hablar a solas con la madre como parece ser su deseo más o menos explícito.

Según las explicaciones de la madre en la entrevista que tengo a solas con ella Andrés tuvo un desarrollo en general bueno con un cierto retraso en el andar, a los 18 meses, aunque parece que era debido más a un apego excesivo al desplazamiento a gatas que a dificultades en el desarrollo psicomotriz. Era tranquilo, muy comedor, engordaba mucho y bien pero siempre parecía estar enfadado, como endurecido. No le amamantó más de cuatro días por que ella tomaba una medicación que según le dijeron podía producir taquicardias al niño. Sufrió y sufre de estreñimiento y la madre refiere situaciones en las que ella dialogaba con el niño y con la caca para ‘animarla’ a salir. Al entrar en la guardería empezó a pegar a los otros niños especialmente cuando no le hacían caso y no querían jugar con él. Ahora se ha echado fama de pegón y los demás le evitan. Con el tratamiento en el SAP la madre cree que el niño se relajó y mejoró parcialmente la enuresis. El progreso en el lenguaje fue destacable.

Pregunto a la madre por el secretismo de la visita anterior con respecto a lo que no podía hablar delante del niño.

Entonces cuenta que el niño nunca pregunta por el padre. La pareja se separó a los dos años de Andrés cuando ella descubrió con gran sorpresa y perplejidad que su marido, con quien había tenido una relación de lo más normal, había estado metido en un delito financiero importante, con extorsión y empleo de una violencia tal que había puesto en riesgo la vida del extorsionado. Este asunto provocó muchas discusiones en la pareja y maltrato físico del padre a la madre, la cual, muy asustada, no alcanzaba a entender qué estaba ocurriendo puesto que su marido nunca se había mostrado violento con anterioridad. El padre fue juzgado y condenado a prisión por una serie de años. Ella no sabe cómo afrontar este asunto con el niño y de hecho sigue tratamiento con una psicóloga para que la ayude en este asunto. Nunca le habla al niño del padre.

Al término de esta entrevista explico a la madre el proceso de valoración diagnóstica que seguiremos y la entrevista de resultados en la que después de informarla de mi impresión sobre el niño le propondré el plan a seguir. Responde que no podrá acudir a ninguna otra entrevista hasta dentro de

tres meses cuando tenga otro permiso laboral. Ella es el único sustento de la familia y teme perder el trabajo si falta más días. Me dice que le puedo explicar a la abuela que es quien se hará cargo de llevar el niño a tratamiento. La veo tan cerrada en este punto que acepto la situación tal como ella la propone aunque cuando ello pueda acarrear algunas dificultades en el desarrollo del tratamiento que yo pueda proponer.

En la primera entrevista que tengo a solas con el niño me llaman la atención algunas peculiaridades del tipo de contacto que establece: por un lado interrumpe cualquier intento mío de hablar con un 'ya lo sé', que tiene un evidente efecto cortante. Por otro lado destaca una marcada confusión entre fantasía y realidad. Así por ejemplo, al comentarme su dibujo de un volcán, afirma muy serio y convencido que 'en casa tiene un volcán que él hace explotar cuando viene gente mala y los mata a todos'. Y también que 'yo estoy en tercero (en realidad está en primero), tengo novia que ha venido a casa, la he presentado a mis padres, y pronto me voy a casar.' Durante la sesión sus comunicaciones son bastante confusas, con frases cortas, sin un hilo argumental claro y con presencia de elementos 'extraños' que remiten a contenidos psicóticos. La segunda entrevista diagnóstica se desarrollará en términos similares.

Después de las entrevistas diagnósticas y una vez determinada la necesidad de tratamiento, se presenta al terapeuta el problema de elegir el foco a tratar. ¿Núcleo de conflicto? ¿Zona crítica de intervención? En el caso de Andrés tenemos una madre que ya recibe tratamiento psicológico individual desde hace tiempo, presumiblemente para tratar las dificultades desencadenadas por el engaño, la violencia y la separación de su marido, así como para encontrar la mejor manera de ayudar a su hijo respecto de este problema familiar y la ausencia del padre. Ella se coloca fuera del alcance del que va a ser el terapeuta del niño aclarando con determinación que no se puede contar con su presencia.

La violencia ejercida por el ex marido, su encarcelamiento y la clase de delito cometido tienen tal efecto traumático y vergonzante para la madre que no encuentra manera de tratar este asunto con su hijo. El niño, por su lado, tiene muy pocos recursos para encarar el problema por su cuenta. Le falta información, recursos simbólicos y un ambiente familiar receptivo a recoger y tratar sus inquietudes respecto de un problema tan importante como es la desaparición del padre. Andrés no habla del padre a la madre. Seguramente detecta que ella no está por la labor. Pero lo tiene en cuenta y fabula sobre su ausencia y su identidad. Al terapeuta le llama la atención precisamente la naturaleza de estas fabulaciones que por momentos parecen tener tintes casi delirantes.

¿Cómo abordar directamente con el niño el problema del padre, cuya ausencia/recuerdo tiene efectos tan traumáticos para la madre? El terapeuta, ¿debería escoger como foco de trabajo la ausencia del padre y la manera como el niño trata de llenar

este vacío fabulando un padre inexistente? ¿Quién sostendría, en el medio familiar, este trabajo de elaboración más allá de la sesión de tratamiento? El niño perdió el padre bruscamente, y al mismo tiempo, aunque de forma parcial, a la madre que podía contener y facilitar la elaboración de una pérdida de ésta naturaleza. Por otra parte, su organización mental es todavía muy precaria y acude a unos recursos patológicos (fabulación) que al terapeuta le parecen críticos y abordables.

Tales recursos conllevan conflictos relacionales con sus iguales, a quienes pega si no comulgan con sus fabulaciones y no se avienen a formar parte de su mundo imaginario. Luego lo rechazan, no quieren jugar con él lo cual agrava su rabia por la exclusión de que se ve objeto. Pero además ocurre que la fijación a un sistema defensivo fabulador y a ideaciones de tipo deliroide representa una seria amenaza a la integridad del aparato mental de Andrés.

El recurso a la fabulación, a criterio del terapeuta, indica que el niño utiliza estrategias patológicas como recurso frente a la imposibilidad de contener y elaborar un problema tan importante en relación a la ausencia del padre. La enuresis en cierta manera es un equivalente orgánico de esta imposibilidad de aguantar, contener y procesar contenidos psíquicos traumáticos. El recurso cada vez más acentuado a la fabulación amenaza con hacer cada vez más frágil el contacto del niño con la realidad, y reducirle a un mundo caprichoso y aislado de contenidos extraños al que el niño se puede ir retirando.

En este sentido el terapeuta escoge como foco de intervención terapéutica las vicisitudes por las que pasa Andrés en su contacto con la realidad: se propone ayudar al niño a delimitar y distinguir mejor los espacios, el interior del exterior de la mente, la fabulación de la realidad externa. Asimismo entiende que debe describir al niño el refugio en la fabulación y la defensa violenta contra quien ose ponerla en duda. Con ello espera contribuir de manera decisiva a la organización mental de su paciente a una edad en la que establecer de forma segura y firme las diferenciaciones básicas a las que acabamos de aludir da mayores garantías y oportunidades al desarrollo para una evolución más sana y correcta. Si el niño diferencia bien aprenderá y se relacionará mejor.

El resto, es decir, la elaboración de la pérdida traumática del padre y parcial de la madre será tarea de más largo alcance y duración, probablemente de toda la vida, elaboración a la que una madre más capaz, como efecto de su tratamiento individual, podrá contribuir a lo largo de los años del desarrollo de su hijo.

Los resultados del tratamiento que se propuso y se llevó a cabo, a razón de una sesión semanal durante quince meses, fueron francamente positivos. La enuresis desapareció totalmente, la relación con sus iguales mejoró de forma significativa y el pensamiento del niño se organizó mucho mejor habiendo desaparecido aquellos episodios de des-aprendizaje y confusión tan preocupantes. La madre expresó al finalizar la satisfacción por el cambio positivo que había hecho su hijo.

Resumen

El psicoanálisis, con sus más de 100 años de historia, ha hecho aportaciones fundamentales a la comprensión de la mente humana y ha representado una fuente de inspiración y progreso en relación a la atención psiquiátrica y psicológica a los pacientes. Más allá del tratamiento psicoanalítico como tal diversas formas de psicoterapia de base psicoanalítica se han ido desarrollando y describiendo desde la segunda mitad del siglo XX en adelante. Las necesidades de atención a un amplio espectro de pacientes y los recursos limitados de que se disponía y se dispone en el contexto de los servicios públicos de salud fueron y siguen siendo un importante estímulo para el desarrollo de formas breves de abordaje psicoterapéutico que aplicadas en los pacientes indicados ha producido efectos benéficos duraderos en áreas restringidas y afectadas de su personalidad.

En este trabajo he intentado describir un recorrido que nos lleva del tratamiento psicoanalítico a la psicoterapia psicoanalítica breve y necesariamente focal. Después de plantear algunos aspectos específicos de la atención psicoterapéutica en la infancia y a través de la presentación de las primeras entrevistas con una madre y su hijo de 7 años de edad describo la elección del foco como un momento especial y muy importante de este abordaje terapéutico. La evolución del paciente puso de manifiesto que la elección del foco había sido mayormente acertada.

Palabras clave: psicoanálisis, elección terapéutica, focalización, psicoterapia psicoanalítica breve, tiempo cronológico y evolutivo.

Referencias bibliográficas:

- BALINT, M. (1961) : *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros básicos. Buenos Aires. 1961.
- FREUD, S. (1904) *El método psicoanalítico de Freud*. Obras Completas. Vol. VII. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1976.
- FREUD, S. (1914) Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. O. C. Amorrortu edit. Vol. XIV. Buenos Aires. 1976.
- JOSEPH, B. (1989) : *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. Routledge. The New Library of Psychoanalysis, 9. London 1989.
- LEICHSERING, F. et al. (2004) : *The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders*. Arch Gen Psychiatry. Vol 61. Diciembre 2004.
- MALAN, D.H. (1963) : *La psicoterapia breve*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1974.
- STEINER, J. (1993) : *Psychic retreats*. Routledge. The New Library of Psychoanalysis, 19. London 1993.

PSICOANÁLISIS Y ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL O ¿TIENE ALGO QUE VER EL PSICOANÁLISIS CON LA SALUD MENTAL?

Maria Teresa Miró Coll
mmiro@ub.edu

In this article, the author carries out a review of the contributions made by psychoanalysis to the public mental health sector. The review gathers together theoretical contributions on the understanding of mental functioning and its applications to clinical practice, both from the aspect of the patient-therapist relationships and from the aspect of the different psychotherapeutic techniques which have a psychoanalytical orientation.

Key words: psychoanalysis, psychotherapy, public mental health sector, clinical practice, patient-therapist relationships, mental functioning.

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Mental fue progresivamente sustituyendo al de Psiquiatría con el fin de enfatizar el aspecto de prevención que la OMS venía preconizando. La WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría) en su declaración de 1992 indica que el objetivo de la Psiquiatría es “tratar la enfermedad mental y promover la Salud Mental”.

Entendemos que el campo que abarca el concepto de Salud Mental no sólo atiende al de la psiquiatría clínica, es también la prevención, como mencionábamos antes, con todas las labores que todo ello implica, como actuaciones psico-sociales, detección precoz, atención a edades de riesgo, rehabilitación, y por lo tanto involucra a otras profesiones además de la psiquiatría, tales como la psicología clínica, el trabajo social, enfermería, fisioterapeutas, educadores, etc.

Para muchos, y me temo que incluso para un amplio sector del mundo académico, y también para aquellos que se hacen cargo de la administración que gestiona la sanidad pública, hablar de psicoanálisis representa pensar únicamente en la cura clásica, y es sinónimo de diván, muchas sesiones por semana, y al mismo tiempo, lo ven como algo incomprensible.

La relación del psicoanálisis con la asistencia pública es compleja y no ausente

de conflictos. Mientras la administración pública de salud alineaba el psicoanálisis junto a prácticas esotéricas, por ejemplo, las cuales no podían entrar en el catálogo de recursos terapéuticos de la red pública en salud mental, sus profesionales se esforzaban desde hacía muchos años en utilizar y aplicar los conocimientos psicoanalíticos a su tarea de ayudar a sus pacientes a aliviar el dolor mental.

La importancia de lo que aporta el psicoanálisis a la Salud Mental va mucho más allá de los pacientes tratados con terapias de esta orientación. Lo que aporta es un conocimiento sobre el origen del conflicto psíquico, el funcionamiento inconsciente y su influencia sobre la conducta humana y en la formación de síntomas. Va desde el uso de la psicofarmacología con una visión psicoanalítica, hasta la aplicación de diferentes modalidades terapéuticas que se encuentran dentro del marco psicoanalítico y que por sus características, permiten el abordaje de un gran número de pacientes. Asimismo aportan un conocimiento de los movimientos grupales e institucionales.

Quisiera insistir en el tema de que no se trata de hacer una traslación rígida del marco teórico y técnico del psicoanálisis a la asistencia pública, ya que esto nos traería numerosos problemas, decepciones y sobre todo ineficacia y un incremento inútil de las listas de espera. De lo que se trata es de aplicar la comprensión psicoanalítica a las diferentes situaciones que la clínica nos ofrece dentro de un marco que el trabajo en esta área puede permitir. André Green y J. Guimon (2002) marcan la diferencia en este sentido, entre el trabajo del psicoanálisis en el consultorio del analista, y el trabajo del psicoanalista y otros profesionales, en los lugares en los que pueda contribuir, en marcos diferentes, como podría ser el trabajo en un hospital o en un centro de salud mental.

La práctica de los profesionales que aplican el psicoanálisis en las instituciones tiene en común un compromiso del lado de la psicopatología clínica y de la nosología psicoanalítica; desde el punto de vista clínico, tienen la oportunidad de colaborar en un mismo lugar, con diversos profesionales de la salud mental y, en consecuencia, formar parte de una estrategia de atención en red que asocia la psicoterapia a otros abordajes terapéuticos. Entendida de esta forma, la oposición entonces ya no se situaría entre psicoterapias y cura psicoanalítica clásica, sino que se trataría de distinguir las psicoterapias que se hallan claramente fuera de los objetivos y de los procedimientos del método psicoanalítico, utilizando más o menos la sugestión, el condicionamiento, el aprendizaje, de las psicoterapias y la actitud psicoterapéutica, cuyas miras están en acercarse lo más posible al paciente, a sus ansiedades y sus defensas y conflictos, desde la comprensión psicoanalítica. Teniendo en cuenta, por supuesto, que el escenario psicoanalítico es inaplicable *per se*, en estas circunstancias.

El propósito de este trabajo es tratar de mostrar como se aplica el psicoanálisis, su teoría sobre la mente así como algunos elementos técnicos, al ámbito de la asistencia pública en salud mental. Pero, ¿Qué es concretamente lo que se aplica?

- a) Un modelo de la mente y de la relación
- b) Una actitud particular frente al dolor psíquico
- c) Como consecuencia de lo anterior, unas modalidades de intervención basadas en unas técnicas específicas

A) UN MODELO DE LA MENTE Y DE LA RELACIÓN

Como teoría que estudia la conducta humana, las ideas psicoanalíticas enriquecen y son enriquecidas por las ciencias sociales, la historia, la filosofía, el arte, la literatura. Como una teoría del desarrollo de la mente humana, el psicoanálisis contribuye a complementar estudios diversos sobre psicopatología, educación, etc.

La teoría psicoanalítica considera que no son únicamente los factores genéticos y constitucionales los que participan en la construcción de la personalidad. Serían las experiencias básicas vividas desde el nacimiento, las que tienen que ver con las relaciones afectivas precoces con las figuras parentales, con la sexualidad, acerca del amor y odio y de pérdida y muerte. Estas experiencias son cruciales para la evolución de la personalidad, porque organizan, en combinación con los otros factores citados, una estructura que se irá configurando a través de los primeros meses o años de la vida y que dará como resultado una forma peculiar para cada individuo de reaccionar frente a las situaciones vitales. Esta forma peculiar de reacción frente a las situaciones, forma parte de versiones inconscientes de los modelos de relación que constantemente encontramos la raíz de los conflictos psicopatológicos, en la conducta humana en general.

Con ello se deduce que el marco de estudio de base psicoanalítica muestra la importancia de entender que cada individuo es único y que existen factores no conocidos conscientemente por el individuo que influyen sus pensamientos y sus acciones y que el pasado influye y da forma al presente.

Visto de esta manera, la delimitación entre salud y enfermedad no está tan claramente marcada. De todos modos, existen unos criterios a utilizar en la clínica que nos permiten diferenciar el dolor mental, como más o menos sano o más o menos patológico (A. Pérez Sanchez, 1996). Uno de ellos se puede aplicar a través de observar la capacidad del individuo para tolerar la realidad externa e interna que se le presenta como dolorosa. La progresiva tolerancia y aceptación de la realidad forma parte del crecimiento mental y del desarrollo del ser humano. Lo contrario, la incapacidad para tolerarlo lleva hacia el uso de mecanismos que deforman, niegan la existencia de esta realidad. Las estrategias defensivas pueden ser múltiples y no las vamos a describir aquí, pero sí que debemos mencionar que su conocimiento y detección es básico en la formación del profesional de la salud mental.

Otro criterio se refiere a la forma con la que el individuo se relaciona con personas representativas en su vida y tiene que ver con la mayor o menor capacidad de diferenciarse de los demás, de reconocerles como alguien independiente de sí mismo.

B) UNA ACTITUD FRENTE AL DOLOR PSÍQUICO

Al partir del modelo de comprensión antes citado, el profesional se sitúa ya en una posición que no se centra solamente en tomar nota de la expresión concreta y consciente del individuo sino que trata de ver en un segundo plano, el significado simbólico de lo que ha observado. Al mismo tiempo, el profesional sabe que dentro del proceso relacional entre el paciente y el terapeuta, se ponen en juego emociones de ambos, lo que queda definido como fenómenos transferenciales y contratransferenciales. Es fundamental que el trabajador de la salud mental conozca estos fenómenos, no sólo teóricamente, sino que los pueda distinguir cuando los experimenta, para no reaccionar directamente, diferenciar las propias emociones de las del paciente y poder así escuchar, comprender, y contener las emociones, tanto propias como del paciente.

Ésta sería una actitud necesaria no solo en las actuaciones psicoterapéuticas propiamente dichas, sino que sería deseable que adquiriera todo el equipo de salud mental y debería impregnar todo tipo de intervenciones, desde una entrevista o visita de seguimiento, hasta una terapia estructurada.

A esta actitud la llamaremos **función psicoterapéutica** (García Ibañez, 2004) y se fundamenta en un conjunto de actitudes, capacidades, y habilidades que debería tener todo trabajador de la salud mental. Y esto es porque consideramos que de esta forma ya se actúa terapéuticamente aunque no se esté realizando un programa psicoterapéutico concreto. Así, debería impregnar todas las actividades del equipo. Esta función incluiría las siguientes capacidades, por supuesto concebidas en diferentes grados:

- Capacidad de contención de las emociones, tanto las propias como las del paciente
- Capacidad de diferenciarse del paciente, diferenciar las propias emociones, la situación personal
- Capacidad de escucha neutral
- Capacidad de empatía
- Capacidad de crear y mantener la alianza terapéutica
- Capacidad de comprender y devolver al paciente algo clarificador

Con la finalidad de crear y mantener estas capacidades, así como evitar caer en rutinas, enfatizaré la necesidad y la importancia de la formación que deberían recibir los diferentes profesionales que componen el equipo. Es decir, crear un entorno facilitador de la higiene mental del equipo, lo que se puede llamar también “cuidar al cuidador”. Consistiría en:

- a) Oferta continuada de una supervisión del trabajo clínico, de la comprensión de los pacientes y del efecto que esta práctica tiene sobre los que lo atienden.
- b) Otros tipos de atención como el que proporciona un análisis institucional que proporcione unos cuidados de las condiciones laborales y psicosociales

de los clínicos, detectando los puntos de conflicto y tomando las medidas oportunas para resolverlos.

En cuanto a lo que se refiere a la **formación de los profesionales de la salud mental para realizar psicoterapia psicoanalítica** propiamente dicha, existen instituciones que establecen unos requisitos para reconocer la formación necesaria para la práctica de esta técnica. En la formación como psicoterapeuta la adquisición de conocimientos teóricos no es suficiente para el ejercicio de la misma. Evidentemente que es necesario contar con una formación teórica adecuada, que habitualmente se imparte a través de cursos preparados a tal fin, pero además y muy importante es la práctica clínica supervisada, por lo cual, se debe demostrar haber realizado por lo menos dos años de práctica profesional debidamente supervisada con psicoterapeutas o psicoanalistas expertos, además de poseer cualidades personales que denoten equilibrio emocional y honestidad en el desempeño de su actividad. Un requisito importante para el ejercicio de la psicoterapia es pues, vivir la experiencia de recibir un tratamiento personal.

C) TÉCNICAS ESPECÍFICAS

A continuación definiré brevemente las técnicas que se usan habitualmente en la asistencia pública. Aunque las describiré por separado, quisiera especificar que a menudo se pueden usar combinadas al mismo tiempo o bien sucesivamente, en diferentes tiempos. Por ejemplo, un niño puede estar bajo tratamiento psicoterapéutico breve, y al mismo tiempo sus padres están asistiendo a un grupo. O bien un adulto, estar iniciando una psicoterapia a la vez que recibe tratamiento psicofarmacológico. Una finalidad de cualquiera de los procesos terapéuticos que mencionaré, es el incrementar la capacidad de simbolización de aspectos de la mente que resultan conflictivos y ansiógenos.

Mencionaré que las psicoterapias, para ser aplicadas en la red pública, deben pasar por procesos de validación de su eficacia. Debido a que este tema sobrepasa la intención de este artículo, el lector interesado podrá consultar los documentos que recoge la siguiente publicación (Hau, S., Leuzinger-Bohleber, M. 2006).

Psicoterapia psicoanalítica

Este término se usa para denominar una técnica derivada de la cura tipo psicoanalítica que se caracteriza por el trabajo sobre varios focos psicopatológicos específicos y delimitados previamente. Sus objetivos son el trabajo de comprensión de los conflictos delimitados, lo cual comprende, por supuesto, el análisis en la medida de lo posible, de las ansiedades y las defensas que intervienen en el conflicto. Es la modalidad psicoterapéutica que recoge más de cerca, la técnica psicoanalítica, aunque con adaptaciones. Se invita al paciente a participar en el diálogo terapéutico con las ideas que le aparezcan en la mente, lo cual corresponde a la asociación libre de ideas. Importante es la consideración que merecen la

transferencia, emociones que el paciente vive en la relación con su terapeuta, y la correspondiente contratransferencia del psicoterapeuta.

A diferencia de la psicoterapia focal y breve, no se define previamente el plazo de duración de la terapia. La frecuencia de las sesiones acostumbra a ser de una o dos por semana, dependiendo del diagnóstico y también, de los recursos del equipo de salud mental.

Entrevistas de seguimiento psicoterapéuticas:

La frecuencia es espaciada y no pautada a diferencia de los diversos tipos de psicoterapias y representan una parte importante de la práctica en los equipos de salud mental. El objetivo de dichas entrevistas, sería la atención focalizada hacia algún aspecto del conflicto del paciente que pueda ser abordado mediante esta técnica, con la finalidad de ir acercando al paciente al trabajo a menudo penoso de mirar hacia sí mismo (*insight*), hacia sus propias emociones y verbalizarlas en la medida de lo posible. En ocasiones, dichas entrevistas pueden tener una finalidad diagnóstica o bien preparar el terreno para una psicoterapia pautada.

Las entrevistas de seguimiento son utilizadas muy a menudo también en el trabajo en salud mental infanto-juvenil, tanto con los niños, como con los padres, quienes a menudo precisan de esta técnica como ayuda para comprender lo que le ocurre a su hijo y la dinámica que se crea en el seno de la familia.

Psicoterapia focal y breve

Se trata de una técnica específica, muy definida. Fundamentada en los elementos técnicos de una psicoterapia psicoanalítica, introduce unos aspectos diferenciales que le son muy específicos. Uno de los aspectos definitorios es que utiliza el concepto de foco para definir el eje central del tratamiento; en realidad, toda psicoterapia breve debe ser necesariamente focal. Incluso otras psicoterapias sin límite prefijado de tiempo, también utilizan la focalización para señalar el área o áreas de la personalidad que previamente, tras un diagnóstico psicodinámico, delimitamos como prioritarias en aquel caso. Farré y otros (1992) definen el foco como una conjunción de ansiedades y mecanismos de defensa que resultan prototípicos de la forma con la que se relaciona el paciente con sus objetos. Su objetivo es el de centrar los esfuerzos terapéuticos preferentemente en esas áreas.

La delimitación preestablecida de la duración de la psicoterapia es la segunda característica de esta técnica, de forma que el paciente acuerda con el terapeuta desde el principio el plazo de finalización. La indicación se realiza tras un diagnóstico minucioso. Tras él se considera que la indicación estaría basada, según los autores antes citados, en la motivación del paciente, su capacidad de *insight* y la posibilidad de focalización. Es una herramienta terapéutica muy útil y es eficaz, si la indicación se ha realizado correctamente, tanto en adultos como en adolescentes o niños, con las necesarias modificaciones técnicas en el caso de estos últimos.

Psicoterapia de grupo psicoanalítica

Se trata de otro recurso terapéutico muy usado en la asistencia pública. Puede estar indicada en diferentes ocasiones y edades, dependiendo del tipo de población y de la psicopatología, siempre y cuando se realice un diagnóstico previo y se descarten las contraindicaciones.

Algunas de las características importantes de la Psicoterapia de Grupo psicoanalítica según A. Pérez Sanchez (1996) son: la presencia de coterapeuta, el tipo de interpretación dirigida al grupo, los mecanismos terapéuticos y un encuadre facilitador de la verbalización y progresiva simbolización.

Los contenidos aportados por las intervenciones de los pacientes no son tratados aisladamente o individualmente. En su mayoría, las psicoterapias grupales psicoanalíticas que actualmente se realizan siguen los modelos teóricos de Foulkes y Bion. (Avila y Poch, 1994)

Psicoterapia de familia

Es también una técnica utilizada, pero según mi parecer, precisaría de mayor difusión y utilización sobre todo en lo que hace referencia a los centros que trabajan en salud mental de la infancia y la adolescencia. En estas edades de la vida, las dinámicas familiares, la transmisión inconsciente de ansiedades y conflictos, son tan frecuentes, que necesitamos herramientas técnicas para detectarlas y tratarlas. A menudo nos encontramos que el conflicto o síntoma que presenta un niño, es la punta del iceberg, lo visible externamente de una conflictiva familiar importante.

El psicoanálisis ha realizado varias aportaciones al conocimiento de las dinámicas familiares que podríamos mencionar sucintamente en los siguientes puntos:

Funciones emocionales de la familia; psicopatología de la pareja y de la familia; mecanismos inconscientes de elección de pareja; y finalmente, las técnicas de tratamiento adecuadas.

La entrevista de tratamiento psicofarmacológico:

Kaplan, Sadock y Greb en 1996 ya alertaban que el futuro de la atención psiquiátrica, ligado a la tendencia de la administración a controlar el gasto, puede llevar a que la medicación se convierta en el tratamiento de elección a pesar de haberse demostrado que la eficacia es mucho mayor con la asociación de psicoterapia en la mayor parte de los trastornos mentales.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el tratamiento psicofarmacológico no se concibe prescrito aisladamente sin tener en cuenta la relación interpersonal entre psiquiatra y paciente y la posibilidad de asociarse a una psicoterapia, ni tampoco se concibe sin haber realizado previamente un diagnóstico en profundidad.

El tratamiento farmacológico solo alcanza su plena eficacia cuando se prescribe formando parte de un plan terapéutico global. Sabemos como el uso combinado

de más de un tratamiento, si la indicación ha sido correcta, potencia la eficacia de ambos métodos reduciendo los riesgos, las recidivas y la duración del tratamiento. Lo que si es cierto es que hoy en día se han abandonado las antiguas controversias y dicotomías entre psicoterapia y tratamiento farmacológico ya que se ha comprobado mediante estudios contrastados, la eficacia de la combinación de ambos. Así, los **elementos necesarios para una eficaz prescripción** serian:

1. Conocimiento de los fármacos disponibles para su uso en las diferentes edades, sus dosis e interacciones
2. Establecimiento del diagnóstico estructural del paciente, adulto, niño o adolescente
3. Conocimiento de su entorno.
4. Que dicha prescripción forme parte de una estrategia terapéutica global.

La importancia del diagnóstico estructural y la necesidad de su realización antes de una indicación terapéutica cualquiera que sea. La introducción de un psicofármaco debe estar también supeditada a este diagnóstico. Pondremos un ejemplo: la ansiedad que se presenta en una organización estructural de tipo fóbico es muy diferente de la ansiedad que forma parte de una organización estructural de tipo psicótico y también tiene un tratamiento diferenciado.

El tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos y de conducta del niño y del adolescente merece una especial mención ya que encierran una gran complejidad para el clínico y al mismo tiempo despierta una gran reticencia social, basada en ciertos temores que se centran en:

- el temor a los posibles efectos secundarios,
- a su posible influencia –o interferencia– sobre los procesos evolutivos normales
- a la farmacodependencia

La complejidad a la que nos referíamos, tiene que ver con diferentes aspectos: -El primero relacionado con las características propias del trabajo psiquiátrico con niños (Manzano, 1993) del cual podríamos destacar:

- a) Las categorías diagnósticas son menos definidas que en el adulto;
- b) algunos síntomas pueden ser debidos a una reacción de adaptación o bien a una regresión temporal, y si es así, deberemos esperar y tomar una actitud prudente, en todo caso, preventiva
- c) la metabolización de los fármacos acostumbra a ser más rápida que en los adultos.

-En segundo lugar, que el psiquiatra que prescribe debe tener un conocimiento no sólo del fármaco en si que desea prescribir, sino del momento evolutivo y del diagnóstico de su pequeño paciente así como de la dinámica familiar en la que éste se halla incluido

Otras veces, el uso de un psicofármaco puede permitir que un niño pueda acceder a un método terapéutico determinado gracias a que hemos podido reducir

o moderar farmacológicamente su conducta alterada.

La intención del uso de un psicofármaco puede ser en ocasiones, aliviar momentáneamente ciertos síntomas, dando tiempo a que la terapia por la palabra y la relación actúe más profundamente y resuelva el conflicto que motivó el síntoma; a la vez, pretendemos romper círculos viciosos negativos que afectan al entorno familiar y social que, a su vez, retornan hacia el paciente incrementando su sentimiento de frustración, disminuyendo la autoestima, etc. El fármaco, bien indicado, puede contribuir a romper dicho funcionamiento haciendo de entrada el beneficio de un feedback del entorno menos desfavorable y más benéfico.

Nos encontramos en una situación triangular con un doble nivel de aceptación: el médico indica un fármaco y debe trabajar con los padres y el hijo la comprensión y aceptación de dicha indicación. La prescripción de un fármaco puede ser vivida diferentemente por parte del niño y de los padres. Puede ser aceptado como una necesidad atendida, es decir algo positivo que aporta el facultativo, al cual incluso se le puede atribuir en la fantasía el poder mágico de curar. Pero en otros casos aparece una actitud contraria, más o menos manifestada abiertamente: hemos visto a algunos padres que se sublevan contra el hecho de que se “drogue” a su hijo. El trabajo previo con los padres o con los adultos que cuidan al niño es fundamental para procurarnos la participación activa y positiva de las personas que han de velar por la correcta administración del fármaco. Al mismo tiempo, es fundamental porque dicha administración no sólo depende del acuerdo consciente de los adultos sino también y sobre todo depende de que cuidemos los posibles conflictos inconscientes que pueden actuar retrasando o perjudicando el proceso terapéutico global.

A modo de conclusión

Finalmente y a modo de conclusión: A través de lo dicho, que parte de la experiencia propia y de los autores citados, creemos que, técnicas de orientación psicoanalítica de los tipos que he descrito, pueden proporcionar importantes rendimientos en la asistencia pública. No se trata de hacer o indicar psicoterapia psicoanalítica al máximo número de pacientes, sino de trabajar con una comprensión y actitud psicoanalítica. Al contrario de lo que suele pensarse supone un importante ahorro de horas de trabajo y evitación de la cronificación (Tizón, 1992). Dicho de otra forma, contrariamente a lo que suele decirse de las técnicas psicoanalíticas, tal vez por desconocimiento de sus aplicaciones, ese marco de referencia puesto en práctica con las debidas adecuaciones técnicas y organizativas, supone un aumento de la eficacia y la eficiencia de los dispositivos de salud mental.

En este artículo la autora revisa las aportaciones del psicoanálisis a la asistencia pública en Salud Mental. La revisión recoge las contribuciones teóricas sobre la comprensión del funcionamiento mental junto a sus aplicaciones a la práctica clínica, tanto desde el aspecto del estudio de la relación terapeuta-paciente como de las diferentes técnicas psicoterapéuticas que tienen una orientación psicoanalítica.

Palabras clave: psicoanálisis, psicoterapia, asistencia mental pública, práctica clínica, relaciones terapeuta paciente, funcionamiento mental.

Referencias bibliográficas

- AVILA, A. & POCH, J. (comps) (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- FARRÉ, L., HERNÁNDEZ, V. & MARTÍNEZ, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós.
- GARCIA-IBAÑEZ, J., LALUCAT, L. et al. (documento pendiente de publicación). *La Psicoteràpia en la xarxa pública en Salut Mental*. Departament de Salut Mental, Generalitat de Catalunya.
- GUIMÓN, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Madrid: Core Academia
- HAU, S., & LEUZINGER-BOHLEBER, M. (2006) *Position paper on psychoanalytic therapy*. Hamburg: <http://www.dgpt.de> (ver Wissenschaft)
- KAPLAN, H. I., SADDOCK, B. J. & GREEB, J. A. (1996) *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.
- MANZANO, J. & PALACIO-ESPASA, F. (1993) *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona: Paidós.
- PÉREZ SANCHEZ, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- TIZÓN, J. L. (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en la atención primaria*. Barcelona: Doyma.

VICISITUDES EN LA VINCULACION ENTRE PADRES E HIJOS EN ADOPCION INTERNACIONAL

Esther Grau Quintana y Rosa Mora Valls

Centre de Recursos per a la Infància i l'Adopció (CRIA)

C/ Balmes 184, 4º-1ª, Barcelona. España.

www.criafamilia.org; egrau@criafamilia.org; rmora@criafamilia.org

This paper deals with the attachment difficulties that many internationally adopted children show, product of their early experiences before the adoption, and the personal resources needed in the future parents to repair them, looking at it from a psychodynamic perspective.

Key words: international adoption, institutionalization effects, attachment, motivation for adoption.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la última década España ha sufrido un gran incremento en el ámbito de las adopciones internacionales, situando al país en el segundo lugar del mundo en el número de adopciones que se llevan a cabo anualmente en proporción a su población. Durante el año 2004 se adoptaron 5.541 niños y en el 2005 el número total de adopciones fue de 5.423. Cataluña, en concreto, es el enclave mundial en el que, en términos relativos, más adopciones internacionales se realizan (0'24 niños adoptados por cada mil habitantes en el año 2004 y 0'20 en el 2005).

La comprensión de este fenómeno es compleja y requiere de análisis diversos, desde miradas disciplinares diferentes, ya que lleva implícitos aspectos de distinta entidad e índole. Se hacen necesarias investigaciones simultáneas desde la sociología, la antropología, el derecho, la medicina y la psicología, para la comprensión de las razones por las cuales la adopción ha calado en nuestra sociedad de forma tan masiva en pocos años, así como de las implicaciones que la misma tiene a nivel social, familiar y personal.

La perspectiva psicodinámica y psicoanalítica ofrece elementos que pueden

ayudar a comprender aspectos fundamentales de la adopción internacional –alguno de ellos no exclusivo de esta forma de adopción–, básicamente aquellos que hacen referencia a la evolución infantil de los menores que han sufrido pérdidas y carencias en sus primeros tiempos de vida –así como su posterior influencia–, y al proceso emocional que los padres realizan antes y después de la adopción de un hijo, vinculado a sus motivaciones para la adopción. Es decir, la comprensión de algunos elementos clave previos a la adopción que revertirán en la dinámica relacional familiar, su confluencia, y el peso que todo ello pueda tener en la relación paterno-filial.

Nuestro punto de partida será el menor y sus circunstancias previas a la adopción, y analizaremos los posibles efectos de esas vivencias en los primeros tiempos de vida. Seguiremos con el proceso que, por su lado, realiza la familia al plantearse el proyecto adoptivo, fijándonos básicamente en las motivaciones que llevan a la adopción. Y finalmente nos centraremos en el encuentro y en las posibles consecuencias de todo lo anterior.

Para llevar a cabo este trabajo introduciremos el tema con algunas cuestiones básicas que lo enmarcan, y progresivamente nos adentraremos en el núcleo que nos ocupa: el vínculo entre padres e hijos adoptivos.

La adopción es una medida legal de protección a la infancia que tiene como único objetivo preservar el derecho de todo niño a tener una familia. Ésta es una afirmación que, aunque actualmente parece una verdad de perogrullo, no está de más recordar y situar en primer plano.

La adopción ha supuesto socialmente una figura distinta en momentos históricos diferentes y, en función de su significado social, se ha llevado a cabo de formas legales y prácticas distintas. No nos detendremos aquí en su concepción social a lo largo del tiempo, pero sí reflejaremos algún aspecto relevante que, en su momento, ofreció novedades destacables respecto a la evolución infantil y en relación a la vida en institución que modificaron las prioridades en el cuidado de la orfandad. Un cambio importante en la noción de adopción se produjo después de la segunda guerra mundial, cuando los resultados del estudio llevado a cabo por el Dr. Spitz, psicoanalista, en un orfanato de la posguerra, en 1945, pusieron de manifiesto que, aunque en dichas instituciones las atenciones físicas (sanitarias, de higiene y alimenticias) de los niños eran suficientes, las emocionales eran muy precarias. Se observó el efecto que dicha circunstancia ejercía en un elevado número de menores, sumiéndoles en un deterioro general progresivo que, en tasas muy elevadas, llevaba a la muerte (los conocidos desde entonces como efectos del hospitalismo). Fue entonces cuando la Organización Mundial de la Salud encargó un estudio que llevó a cabo John Bowlby sobre las consecuencias de la privación maternal. En dicho informe el autor reflejaba considerar “esencial para la salud mental, que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce” (Bowlby, 1951). Desde esa aseveración se entiende esencial el

derecho de todo menor a tener una familia.

A pesar de las conclusiones de las investigaciones de René Spitz y también de muchos otros estudios posteriores llevados a cabo sobre la repercusión en la evolución infantil de las carencias afectivas en los primeros años de vida, en la actualidad, aun en muchas de las instituciones de los países en los que se adopta, sigue sin proporcionarse a los niños institucionalizados un trato emocional “suficientemente bueno” que pueda preservar su desarrollo sano.

Tal y como expone Ana Berástegui (2005), varios autores que han estudiado de manera independiente el desarrollo de niños rumanos, chinos y rusos criados en orfanatos antes de ser adoptados, coinciden en establecer que perdieron un mes de crecimiento lineal por cada tres meses pasados en el orfanato (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson y Miller, 1997; Johnson, 2000; Johnson y Dole, 2000; Miller y Hendrick, 2000). Es así que los niños suelen estar dos desviaciones típicas por debajo de la media en peso (32-51%), en altura (18 a 34%) y en circunferencia de la cabeza (24-45%) (Rutter, 1998; Johnson, 2000; Miller y Hendrick, 2000; Glennen, 2002). Un estudio sitúa el peso de los adoptados rumanos en Gran Bretaña incluso por debajo del tercer percentil de peso en relación a su edad cronológica (Castle, Groothues, Bredenkamp y otros, 1999). En general, se calcula que los niños institucionalizados en dichos países tienen un retraso en el desarrollo de un mes por cada 4 o 5 meses que han pasado en el orfanato (Jenista, 1997). Asimismo, los estudios que han investigado las consecuencias emocionales de la vida en instituciones de estos países, reflejan las repercusiones que, a nivel psicológico, pueden llegar a tener las situaciones de precariedad en las primeras etapas vitales (Hoksbergen et al, 1987; Brodzinsky, 1993; Marcovitch et al, 1997; Rutter, 1988; Groza, V., 1999; Rutter, 1999)

Aunque la vida en institución suele ser un elemento común en adopción internacional, los recorridos vitales de los menores, previos a la adopción, pueden ser diversos:

- Algunos menores fueron abandonados al poco de nacer y siempre han vivido, hasta su adopción, en instituciones la mayoría de las cuales disponen de pocos recursos económicos y humanos. En estos casos, los niños padecen carencias físicas y emocionales considerables ya que las instituciones suelen tener una estructura y un funcionamiento poco favorable al establecimiento de vínculos perdurables y sanos con las personas que les atienden. Así por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en EEUU (Hodges, 1989) se menciona que un menor de cuatro años que haya vivido siempre en una institución rusa habrá sido atendido por una media de 50 cuidadores diferentes. El régimen organizativo acostumbra a ser, además, estricto, represor y de poca contención. En general, la experiencia de vida en muchas instituciones es de maltrato psicológico y en algunas también físico.

No se puede generalizar, ya que otras instituciones ofrecen mejores cuidados y procuran satisfacer las necesidades emocionales básicas, aun así la precariedad económica de esos países dificulta normalmente el abastecimiento de recursos adecuados.

- En otros casos los menores han vivido durante un tiempo con su familia biológica pero en ambientes de desestructuración socio-económica importante, y en muchos casos los niños tienen experiencias reiteradas de maltrato psicológico y/o físico. Posteriormente, pueden haber sido separados de su familia por retirada de tutela y haber vivido después en instituciones hasta su adopción.
- Pero no siempre la convivencia con la familia biológica está asociada a desestructuración. Una situación muy diferente es la de los niños que han vivido con su familia biológica, o con unos referentes más o menos claros y estables que les han proporcionado los cuidados básicos durante los primeros años de vida, en un cierto ambiente de amor y contención, si bien en culturas muy diferentes a la nuestra. Los motivos por los que estos niños pasan a ser adoptables son muy diversos y generalmente dependen de circunstancias familiares o socio-políticas de los países muy adversas (fallecimiento de uno o de los dos progenitores, catástrofes, guerras, etc.). Naturalmente, la experiencia de vínculos afectivos que estos menores han podido atesorar es bien distinta a aquellos que vivieron siempre en institución, o bien que fueron maltratados.
- Algunos niños han vivido un tiempo de su vida, antes de la adopción, en familias de acogida. Aunque en general la experiencia de vida en familia acogedora es considerada como más adecuada que el marco institucional, la diversidad es también amplia en función de aspectos culturales, circunstanciales y personales de cada país y de cada familia.

Por supuesto que en estos apartados no quedan reflejadas todas las posibles trayectorias vitales de los niños que son adoptados internacionalmente, pero la mayoría de ellos quedan dentro de las mismas y lo que interesa recalcar es que, aún en el mejor de los casos, cualquier niño adoptado internacionalmente ha padecido pérdidas y situaciones de precariedad que en sus precoces edades habrán interferido, de una u otra forma, en su maduración emocional. Y es destacable también el hecho de que, al efecto de dichas circunstancias adversas suele sumársele la poca o nula reparación “in situ” de esos efectos; es decir que las condiciones que promueven los “daños” a lo menores –en esos países de graves dificultades socio-económicas–, producen también que no haya posibilidad de paliar sus efectos pronto y que la reparación se vea indefectiblemente ligada a la adopción, sea cual sea el “tiempo de espera”. Ese tiempo juega también un papel que sabemos importante en la evolución infantil.

Las experiencias de vida descritas pueden servir para situarnos en un punto de

partida que ayude a comprender cuáles pueden ser las necesidades de estos menores después de la adopción, y la función que deben llevar a cabo las familias adoptivas para reparar las experiencias de sus hijos y, así, contribuir al máximo a una evolución sana.

Pero al igual que nos interesa adentrarnos en los efectos de la vida previa a la adopción, en el niño, nos preocupa el proceso anterior a la adopción, por parte de los padres, pues la tarea reparadora posterior requerirá de ellos una predisposición adecuada. Sabemos que en toda parentalidad las experiencias previas de los futuros padres y madres, sus motivaciones y sus expectativas respecto al proyecto de maternidad/paternidad pueden influir en gran medida en el vínculo posterior. La relación con sus propios padres, la elaboración de pérdidas anteriores, la función que esperan que ejerza su futuro hijo... Estos y otros elementos influirán en la dinámica familiar y en la salud mental de los hijos. En la parentalidad adoptiva se da la circunstancia, además, de que se parte forzosamente de pérdidas importantes y de otras circunstancias adversas; las condiciones con las que llegará su hijo, pues, les requerirá entereza y equilibrio emocional.

Las motivaciones que llevan a la adopción juegan un papel altamente importante en la posterior relación entre padres e hijo. Y un aspecto de relevante significación es el grado de consciencia que los solicitantes de adopción tienen de sus motivaciones principales, a la hora de valorar su proyecto adoptivo; las motivaciones importantes que quedan ocultas en el inconsciente, y que permanecen inexplicadas a los propios ojos de la consciencia de los futuros padres, pueden convertirse en armas arrojadas que ejerzan un papel interferidor en la relación paterno-filial. No existe otra motivación posible en el proyecto adoptivo—saludable para la creación de vínculos amorosos—que no sea la del deseo de ser padres, aunque esta obviedad pueda verse a veces empañada por otras motivaciones (llenar un hueco por una esterilidad poco o mal elaborada, sustituir a un hijo que falleció, huir de la soledad, evitar el dolor y los riesgos de la gestación y el parto...). Cuando estas motivaciones inconscientes permanecen recónditas otorgan un rol al menor que no le corresponde, el de evitar lo temido. Este es un punto que nos parece elemental y principal. En el germen de una relación paterno-filial a través de la adopción, los padres deben reparar las dificultades con las que llega su hijo debiendo éstos estar verdaderamente preparados desde la autenticidad de su proyecto de parentalidad y desde su equilibrio emocional. Nunca la adopción debería ser un subterfugio.

¿QUÉ SIGNIFICA Y QUÉ SUPONE REPARAR LAS EXPERIENCIAS DEL PASADO?

Winicott explicita que cuando el entorno es incapaz de ofrecer al bebé una atención “suficientemente buena”, de protección y de contención, donde se intuyan sus deseos y sus necesidades individuales y particulares dándoseles respuesta, se crea un impacto (impingement) y surge una sumisión adaptativa al entorno

deficiente que impide el desarrollo y la consolidación de la propia subjetividad; entonces “la adaptación del bebé se desvía en forma prematura hacia la supervivencia..... hacia una adaptación al mundo exterior que trae como consecuencia un trastorno del *self*” (Mitchel, S. y Black, M., 2004). Tal y como consideran muchos de los teóricos del psicoanálisis relacional contemporáneos, existen rasgos temperamentales individuales como el nivel de sensibilidad, de excitabilidad, de pasividad, de voracidad, etc. que pueden determinar la intensidad de este impacto y las consecuencias del mismo.

Cuando el niño recibe respuestas incoherentes, impredecibles, de rechazo a su demanda y carentes de empatía, y tiene la experiencia reiterada de no despertar ilusión en nadie de su entorno, puede dejar de buscar fuera de él la satisfacción a sus necesidades y a su deseo de relación recurriendo a mecanismos diversos que empobrecerán su desarrollo emocional. Es lo que se conoce por desarrollo detenido. “El niño moldea un falso *self* que trata con un mundo exterior que hay que vigilar y con el que hay que negociar, y esconde las semillas de una experiencia más profundamente genuina hasta encontrar un entorno más apropiado”. (Mitchell, S., y Black, M., 2004).

En realidad la adopción debería significar una segunda oportunidad para que puedan germinar dichas semillas y los niños puedan establecer vínculos estables y sanos que les permitan confiar en sí mismos y en el mundo que les rodea; en definitiva brindarles la oportunidad de estructurar un auténtico *self*. De todas formas debemos tener en cuenta que las experiencias emocionales vividas en el pasado pondrán en muchos momentos en entredicho esta segunda oportunidad.

Desde la Teoría del Apego de Bowlby, el proceso de construcción de un apego sano no puede llevarse a cabo en las condiciones descritas anteriormente. Tal y como se describe en el campo del desarrollo infantil, se refiere a un vínculo específico y especial que se construye entre padres-hijo (o figura de referencia substituta) y que tiene unas características determinadas:

- es una relación emocional perdurable con una/s persona/s en específico,
- dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer,
- la pérdida, o la amenaza de pérdida de la persona, evoca ansiedad,
- esta relación ofrece la base funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

Dependiendo de las experiencias anteriores –maltrato por parte de la familia o institucional, pérdidas reiteradas de vínculos más o menos estables y satisfactorios, trato del entorno poco empático y personalizado, etc– en el proceso de vinculación a la nueva familia el niño reeditará el estilo de relación con el mundo que ha ido construyendo fruto de las experiencias vividas, y en la práctica clínica diaria vemos claramente reflejados en algunos de los niños adoptados internacionalmente los trastornos del apego descritos por Mary Aisnworth y Main y Salomon (Barudy y Dantagnan, 2005):

- inseguro evitativo,
- inseguro ansioso-ambivalente
- inseguro desorganizado, en sus tres estilos:
 - punitivo agresivo
 - cuidador compulsivo
 - complaciente compulsivo

El modelo relacional que “aprendió” es transferido a la nueva situación; muchos niños, durante las primeras semanas-meses después de la llegada a la familia, presentan movimientos estereotipados, tendencia a autolesionarse, una impulsividad difícil de contener, un contacto indiferenciado en su relación con los padres, rechazo, propensión a desconectarse del entorno, intensas descargas de agresividad hacia ellos mismos o hacia su entorno... Y su comportamiento puede ser de lo más incoherente: a veces se “aferran” a uno de los padres, otras rechazan sistemáticamente cualquier contacto, otras mantienen un comportamiento de absoluto sometimiento, etc. Queda patente, en cualquier caso, su incredulidad del derecho a ser atendidos desde sus necesidades particulares. Es posible que las ansiedades y los mecanismos de defensa tomen una intensidad aún más grande debido al malestar que despierta el cambio de vida total que la adopción representa. En este cúmulo de novedades, los adultos saben qué van a ofrecerle en su nueva vida pero el niño desconoce qué pasará, y los pocos referentes con los que contaba desaparecieron quedando él a merced de los imprevistos e imprevisibles acontecimientos. Además, los mecanismos de control del entorno y de sus necesidades que él había “aprendido” a manejar ya no le sirven para aliviar su ansiedad, porque su nueva vida ya no funciona con los mismos parámetros ni “leyes”, aunque puede seguir aferrado a ellos inadecuadamente.

“Cada uno de nosotros moldea sus relaciones de acuerdo con los patrones internalizados a partir de sus relaciones significativas más tempranas... Otra forma de describir la característica repetitiva de los patrones en las relaciones humanas consiste en decir que cada uno de nosotros proyecta sus relaciones objetales internas a nuevas situaciones interpersonales.... Las nuevas experiencias se interpretan como si cumplieran viejas expectativas” (Mitchell, M. y Black, M., 2004).

Paradójicamente, en algunos aspectos personales, la evolución durante los primeros meses posteriores a la adopción es sorprendentemente positiva. Por supuesto que es importante valorar cada aspecto en su medida, y los ámbitos en los que el niño realiza avances contribuyen a un progreso generalizado. Pero tan perjudicial puede ser enquistarse en las dificultades y dejar de ver los progresos, como quedarse fijado en los mismos y evitar ver las dificultades; algunos ámbitos del desarrollo –los menos visibles, normalmente, aquellos que corresponden justamente al proceso de vinculación y a la adquisición de aprendizajes complejos–, y a título de prevención, deberían ser vigilados porque a menudo permanecen poco explícitos. Así, por ejemplo, es importante valorar la evolución en su capacidad de

simbolización, la estructuración de la orientación espacio-temporal, etc. A título de ejemplos: en el área del desarrollo motriz el cambio puede ser espectacular; niños que en el momento de la adopción –a los 14/15 meses– no podían permanecer sentados, en pocas semanas no sólo lo consiguen sino que pronto empiezan a gatear y un par de meses después inician la marcha. Algunos niños llegan con un peso y una talla muy por debajo de lo correspondiente a su edad y en pocos meses se sitúan en las zonas de normalidad de las curvas de peso y talla. Niños adoptados con tres o cuatro años y que hablan un idioma totalmente diferente al nuestro, en pocos meses comprenden la nueva lengua y pueden expresarse con cierta normalidad (perdiendo la de origen).

Ciertamente, dejar de vivir en un ambiente institucional, tan impersonal y severo, y pasar a ser cuidado en un entorno familiar en el que las necesidades individuales básicas son atendidas, y en el que el clima es de cariño y calidez, es una experiencia revitalizadora en sí misma; pero debemos dar la dimensión adecuada a cada aspecto y no mal interpretar esos cambios, a veces sorprendentes, creyendo que son garantía de que las experiencias del pasado han quedado “totalmente reparadas”. El proceso es largo y muchas veces conlleva períodos de desestabilización para el niño que pueden confundir a los padres.

Tras haber revisado el entorno del que mayoritariamente provienen los menores susceptibles de ser adoptados, y las posibles consecuencias de las experiencias de vida previas a la adopción, podemos empezar a vislumbrar que la familia de acogida debería disponer de condiciones “especiales” que contribuyan a paliar los efectos mencionados. En el proceso de vinculación a la nueva familia los padres tienen una función muy importante e imprescindible, la de brindar la oportunidad a su hijo de reparar las experiencias vividas, a través de la relación, para que pueda ir ensayando nuevas formas de funcionamiento personal y relacional más sanas. Así, ofreciéndole un entorno seguro, empático, que dé respuesta a sus necesidades y en el que sus conductas y actitudes (a veces difíciles de tolerar y de comprender para el adulto) sean acogidas y contenidas, el niño podrá ir reinterpretando el mundo exterior como un lugar confiable y seguro, recuperando la confianza en sí mismo y en los demás. Para ello, una de las condiciones que estos niños requieren es la presencia continua en el tiempo de las figuras de referencia, que fomente la comprensión de su incondicionalidad. En realidad, idealmente, de entrada se debería propiciar un ambiente “protegido”, generador de pocas frustraciones y adaptado a sus necesidades. Ello no sólo se consigue proporcionándole amor y cuidados, hay que crear en la familia un cierto estado de excepción inicial. Aun sabiendo de la dimensión de este “estado de excepción”, y sin caer en el dramatismo, creemos importante recalcar que cualquier niño que proviene de las experiencias descritas necesita inicialmente unas condiciones “especiales” en su entorno relacional, y que las figuras parentales ofrezcan sentido a sus experiencias, que le ayuden a anticipar las situaciones y las actividades, que le contengan las ansiedades y que,

incluso cuando no comprendan sus actitudes, permanezcan siempre a su lado. Esta tarea no es fácil. Para los padres, asumir la crianza de un niño no recién nacido (como mínimo de diez a doce meses), que inicialmente es un extraño, con un pasado generalmente desconocido y con unas actitudes y comportamientos difíciles de descifrar, constituye una tarea cansada, difícil y a menudo desconcertante. No todas las familias están preparadas para realizar la función de empatizar con las ansiedades más terribles de un hijo emocionalmente inestable, acogerlas, contenerlas y retornárselas de forma que sean más tolerables para él, ni todas disponen de las capacidades específicas para poder ofrecer el entorno adecuado. Es posible que incluso aquéllas que dispongan de los recursos y las capacidades adecuados necesiten de la ayuda y el acompañamiento profesional.

El ISS (Servicio Social Internacional, organización no gubernamental internacional dedicada a la ayuda a los individuos y a las familias con problemas personales o sociales fruto de la migración y del movimiento internacional), considera como indispensable que se garantice que *“las personas a las que se les confiará un niño en adopción sean capaces de asumir, de manera duradera y satisfactoria, la realidad de un niño que les es extranjero, que llega con una vivencia anterior que tiene que ser tenida en cuenta y respetada, que en la mayoría de los casos ha vivido situaciones traumáticas tales como la muerte o la incapacidad de los padres para encargarse de él, con una inestabilidad de sus vínculos con los adultos, una institucionalización prolongada, privaciones, etc., lo que crea necesidades específicas y es una fuente potencial de problemas particulares”* (Servicio Social Internacional, 2004)

“SUFICIENTEMENTE” PREPARADOS PARA LA PARENTALIDAD ADOPTIVA

Ya hemos hecho referencia a la importancia que las motivaciones de los futuros padres tienen en la adopción. Y, después de analizar las condiciones con las que los hijos adoptados internacionalmente llegan a la familia, se hace de especial interés rescatar esa cuestión y poner ambos aspectos en relación.

Hemos concluido que los menores que son susceptibles de ser adoptados internacionalmente necesitan de una familia que pueda reparar los “daños” causados en su primera infancia. De hecho, no hemos hecho más que ahondar en una cuestión válida en todo proyecto de maternidad/paternidad: aceptar y querer al hijo que venga, sin restricciones. En el caso de la adopción se da la particularidad de que, aunque la expectativa fundamentada –pues el perfil que se describe en el informe psico-social sobre la familia que llega al país así lo explicita– es de que la adopción será de un menor sano, hemos visto cómo las vivencias anteriores a la adopción pueden haber ejercido influencias diversas; por lo tanto, la aceptación y el amor deberán dirigirse, en este caso, hacia un hijo que, además de desconocido, a menudo étnicamente diferente a los padres y de cierta edad, requiere de una predisposición

especial para encarar un “estado” personal delicado.

Nos adentraremos ahora en cuan importante es que los padres estén auténticamente dispuestos a realizar esa tarea reparadora –no sólo en su voluntad explícita, si no también y principalmente en su equilibrio emocional.

Cuando una pareja o una persona sola decide acceder a la maternidad/paternidad a través de la adopción, lo hace tras un largo proceso de maduración, que pasa por etapas diferentes, en el que intervienen factores personales y circunstanciales diversos. Dicho proceso tiene, o debería tener, su punto de partida en el deseo de tener un hijo, pero el recorrido que lleva a la adopción es en cada caso distinto y parte de motivaciones particulares. Querer adoptar no es siempre sinónimo del deseo de ser padres y los otros deseos, más o menos explícitos, más o menos conscientes, juegan su papel. A veces, el deseo es el de tener el hijo imaginado, aquél que responda a unas expectativas determinadas; otras, el deseo es el de tener un niño en casa, el de poder educar a alguien; otras, el deseo es el de reparar pérdidas a través de la inclusión de un nuevo miembro en la familia, quien deberá llenar los huecos de quienes partieron; otras, el deseo es el de evitar el dolor psíquico de la esterilidad; y en otros casos el del intento de paliar la pobreza del mundo...

En todos estos, y en otros casos imaginables en los que el principal deseo no sea el de ser padres, es decir el de ofrecer amor incondicional sin restricciones al hijo que venga, en todos esos casos se le pide al futuro hijo que adopte un papel determinado, que cumpla con un cometido concreto. Y si es así, cuando los padres esperan de los hijos –y se lo piden, consciente o inconscientemente– que tengan una función concreta, le exigirán –más o menos explícitamente– que lo haga, que cumpla con las expectativas esperadas. Se le pedirá al hijo que sea quien sus padres desean que sea, y no él mismo.

Recordemos aquí, de nuevo, que la adopción es un recurso para ofrecer una familia a los menores que carecen de ella.

El factor de riesgo básico no es, de todos modos, que el deseo sea alguno de los mencionados, u otro que se aleje de la motivación principal para la adopción. Las motivaciones pueden ser, como hemos visto, múltiples, y partir de puntos diferentes en las experiencias vitales de los futuros padres. Lo que se nos antoja como auténtico riesgo no son las propias motivaciones, si no lo alejadas que las mismas puedan hallarse de la consciencia. Plantearse la maternidad/paternidad está muchas veces ligado a cuestiones distintas al puro deseo de amar, cuidar, proteger y ayudar a crecer a un ser que comienza su camino en la vida; ciertamente la brizna que despierta ese deseo puede tener que ver con acontecimientos vitales diversos, pero en el camino hacia su concreción aquellos aspectos vinculados a pérdidas o a reparaciones pendientes pueden ir restando fuerza para dejar terreno a las fantasías que sí corresponden a la parentalidad genuina. Esa pérdida de fuerza no es más que la elaboración, que la despedida de aquello que inicialmente empujó al deseo de crear y de proyectarse en un hijo, pero que a través de ese proceso de elaboración

fue reconvirtiéndose y dejando espacio al proyecto en sí. En esos casos, las motivaciones eran otras de inicio pero pudieron ser miradas de frente, pensadas y trabajadas emocionalmente, de modo que pudieron despejar el terreno mental para tomar finalmente, con suficiente libertad, la decisión de encarar la maternidad/paternidad. Cuando aquella brizna llega a ser un explícito deseo de ser madre o padre ha transcurrido un proceso personal en el que lo que la despertó tiene poco que ver con el deseo actualizado.

Cuando ese proceso elaborativo no puede llevarse a término y aparece el proyecto adoptivo como “solución” a conflictos poco o mal resueltos, la energía está puesta en la voluntad inconsciente de apartar lo que no se puede elaborar, poniendo el proyecto adoptivo como pantalla que sirve para ocultar unos conflictos inconscientes que se hallan por resolver. Si la adopción llega a consumarse, el riesgo de fracaso en la vinculación es muy alto pues lo que se mantuvo lejos de la conciencia, por no poder soportar el dolor que su elaboración podría haber causado, aparecerá junto a las frustraciones y las dificultades que indefectiblemente comporta toda maternidad/paternidad. Los conflictos que la cotidianidad en la crianza pone en marcha –el cansancio, la sensación de incapacidad, las dificultades en la pareja y las diferencias de parecer, etc.–, aumentados en la adopción por las condiciones con las que llega el menor, devolverán a lo padres la imagen real del pequeño como ser humano, con sus propias necesidades, angustias, dolores e incapacidades. Mientras el hijo fue imaginado y permaneció en la fantasía, podía cumplir a la perfección con su “cometido” de mantener a raya las motivaciones inconscientes no resueltas; cuando el hijo es real y manifiesta masivamente su mal estar expresando sus necesidades, conecta a la perfección con los dolores anteriores de sus padres quienes, no habiendo podido elaborar con anterioridad sus conflictos, se verán expuestos a un dolor y a unas dificultades mucho mayores. El peligro de ver en el hijo la responsabilidad de tanto malestar es grande, y el riesgo que podría llegar a comportar el no poder soportar esa realidad y/o la culpa que la misma genera, inconmensurable.

Los trastornos del vínculo, que observamos a veces en familias que adoptaron internacionalmente, vienen normalmente generados por graves dificultades de vinculación de los niños –debidas a todas las circunstancias mencionadas anteriormente– pues su capacidad para establecer vínculos está mermada o perturbada; pero el proceso posterior, en la dinámica familiar, no siempre viene marcado por la gravedad de dicho trastorno. En algunos casos, aun cuando el menor llegó con serias dificultades para relacionarse, el entorno familiar con su actitud paciente, contenedora y empática, favorece un lento pero progresivo proceso en el que el niño, al disfrutar de la relación con unos padres que le comprenden y que no le “sobreejigen”, puede echar mano de sus recursos personales para establecer vínculos afectivos con ellos. En otros casos, en cambio, vemos cómo en la adopción de menores no tan perturbados emocionalmente, y con mayor capacidad de vinculación, al hallarse en

un entorno familiar que proyecta sus propias necesidades y exige en el hijo ver cumplidas sus expectativas, la dinámica relacional se enrarece rápidamente y a veces no llega a establecerse un auténtico vínculo paterno-filial. En esos casos, los padres ejercen como tutores de sus hijos pero los niños permanecen solos sin verdaderos padres; ahí no hay espacio para la reparación. Esa dinámica, como puede suponerse, revertirá en todos los aspectos personales del menor, en sus posteriores relaciones, en sus aprendizajes y en el manejo de sus propios sentimientos comportando problemas, más o menos graves pero siempre interferidores, en su evolución.

La adopción internacional lleva implícita la filiación de un menor con experiencias vinculares muy variables, pero aunque sólo fuesen las pérdidas sufridas –y ya hemos visto que en adopción internacional las situaciones lesivas son múltiples– esas experiencias han dejado huellas psicológicas que habrá que reparar. Por ello, es de suma importancia que los futuros padres y madres estén realmente preparados para ejercer esa paternidad/maternidad, habiendo podido trabajar sus motivaciones de fondo; el riesgo de que no sea así y de que existan motivaciones que pretendan, consciente o inconscientemente, hacer cumplir al hijo una función que no le corresponde tiene, como ya dijimos, consecuencias muy graves.

Aunque durante las últimas décadas se ha asociado la esterilidad al riesgo en la vinculación familiar, desde hace unos años comprobamos que la infertilidad bien elaborada (haber podido hacer una auténtica despedida del hijo biológico, lo cual supone la aceptación del dolor y la pérdida), predispone a la aceptación de los hijos (con sus condiciones y características personales), desde la madurez emocional que aporta la elaboración del duelo; ello puede facilitar la integración familiar.

Son diversos los autores que en sus trabajos diferencian entre dos tipos de motivaciones para la adopción: Hoksbergen distingue “entre las adopciones orientadas internamente (basadas en la incapacidad de tener hijos y un deseo fuertemente expresado de paternidad) y las orientadas externamente (llevadas a cabo en función de ideales abstractos religiosos, políticos o filantrópicos) y considera que estas últimas corren un mayor riesgo de inadaptación”. Triseliotis distingue entre “la motivación centrada en el niño y la motivación centrada en los padres y considera que las adopciones demasiado centradas en los deseos de los padres tienen mayor riesgo de inadaptación”. (Berástegui, 2005).

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Desde nuestra experiencia clínica con familias adoptivas, consideramos muy importante partir de la prudencia; cuando una familia que ha adoptado un menor recientemente acude a nuestra consulta debemos ser precavidos y no precipitarnos a la hora de establecer un diagnóstico ni en la indicación de tratamientos. Es cierto que en muchos casos los niños llegan con claros retrasos del desarrollo y también con una serie de comportamientos y actitudes que preocupan y podrían llevarnos a poner en marcha múltiples tratamientos y ayudas diversas, pero hay que establecer

un orden de prioridades y la máxima prioridad inicial es la de que se pueda establecer una profunda, real y sana vinculación entre padres e hijos. Ésta en sí misma ayudará a reparar muchos de los daños emocionales del niño. Con posterioridad, podremos valorar cuáles son las áreas, si las hay, que requerirán intervención psicoterapéutica o de otra índole (logopedias, reeducaciones, etc). En muchas ocasiones se trata de ayudar a los padres a que entiendan a su hijo y que interpreten bien sus demandas y necesidades. Las intervenciones psicoterapéuticas son pertinentes cuando los menores están en disposición personal de abordar sus dificultades, y eso ocurre normalmente tras un período de “normalización”.

A continuación, y a modo de conclusión, describimos dos viñetas que nos parecen ilustrativas de lo anteriormente expuesto:

Caso 1. P es un niño que fue adoptado a los tres años en un país asiático. Había vivido sus dos años y medio de vida con sus padres y hermanos biológicos pero un trágico suceso llevó a P a ser dado en adopción por su familia; posteriormente vivió seis meses en un orfanato. Cuando fue adoptado era un niño serio, tal y como decía su madre “estaba enfadado con la vida”. Pronto aprendió a hablar el nuevo idioma. A medida que fue vinculándose a sus padres aparecieron dos aspectos: por un lado tenía momentos de una tristeza intensa expresada a través de un llanto desconsolado, y por otro mostraba una gran intolerancia a separarse de sus padres, necesitaba tenerles cerca en todo momento. P pudo explicitar la añoranza que sentía de sus padres y hermanos, y también sus temores a quedarse solo de nuevo. Aunque el proceso fue difícil, P tenía buena capacidad para establecer nuevos vínculos y, en su caso, la función de los padres fue la de ayudarle a elaborar los duelos por las pérdidas vividas e integrar en la familia los recuerdos y añoranzas de su hijo. Lejos de pretender la alegría o satisfacción de su hijo por tener una nueva familia, los padres acogieron su malestar y le ofrecieron el tiempo que necesitó para incorporar las novedades y elaborar las pérdidas.

Caso 2. M, un niño de 4 años adoptado en un país del Este de Europa por una pareja sin hijos de mediana edad, inicialmente manifestó una actitud de sumisión y acatamiento en la relación con sus padres. Tras las primeras semanas después de su adopción manifestó una gran ansiedad y no sólo grandes dificultades de contención sino también intensas descargas de excitación, rabia e ira. Agredía a sus padres, rompía todo cuanto tenía delante, nada parecía satisfacerle de forma perdurable. Podía disfrutar de una situación placentera pero pocas veces la misma gozaba de un buen final; era totalmente susceptible a los pequeños cambios y solían generarle gran ansiedad. Pasaba el tiempo, la relación entre padres e hijo se hacía progresivamente más compleja y los padres estaban totalmente desconcertados y asustados. Sentían que aquel niño podía con ellos.

Los padres consultaron con una especialista y un día, en una de las entrevistas con padres e hijo, se cerró repentinamente la puerta de un despacho contiguo provocando un fuerte ruido. M entró en pánico y empezó a temblar; su tembleque se asemejaba enormemente a la agitación de los bebés de pocas semanas al sentirse desnudados y desprotegidos. M empezó a pegar a sus padres, pero cuando el padre pudo sostenerle en brazos –a pesar de la ira y la rabia del niño–, y tras un *lapsus* de tiempo importante, M pudo calmarse y empezó succionar el dedo del padre quedándose adormecido. Aquella situación permitió entender que las ansiedades de M se correspondían con ansiedades muy primarias y catastróficas, y que detrás de aquel comportamiento disruptivo se hallaba un niño pequeño, frágil y aterrorizado. Los padres entendieron que su papel era el de sostenerle, de aguantarle y de contenerle transmitiéndole que su pánico, su rabia y su ira eran soportables y no devastadoras, y que ellos estaban allí para hacerse cargo de las mismas.

Para los padres era difícil empatizar, conectar y contener dichas ansiedades, pues su hijo no era realmente un bebé y su desarrollo físico era el de su edad cronológica. El trabajo terapéutico con esta familia se llevó a cabo básicamente con los padres ofreciéndoseles un espacio para que entendieran la cólera e irritación de su hijo de otra forma a cómo lo habían hecho hasta entonces; ese trabajo les permitió ir hallando formas para contenerle. M hizo una regresión importante, paralela a una evolución lenta pero satisfactoria, y pudo iniciar un proceso de apego sano con sus padres. Es probable que M necesite ayudas terapéuticas a diferentes niveles a lo largo de su vida, pero actualmente puede disfrutar en muchos momentos de la relación con sus padres y su actitud frente al mundo es bien diferente.

Para finalizar nuestro artículo queremos señalar que no hemos abordado otras temáticas específicas de la paternidad y la filiación adoptiva ya que, por su complejidad e importancia, requieren de un espacio propio. Una de ellas estaría vinculada a la integración de la identidad adoptiva y los orígenes, y a las intervenciones psicoterapéuticas pertinentes a la misma.

El presente artículo aborda las dificultades de vinculación que presentan muchos niños adoptados internacionalmente, fruto de sus experiencias previas a la adopción, y los recursos personales que los futuros padres deben poner en marcha para repararlas, todo ello desde una perspectiva psicodinámica.

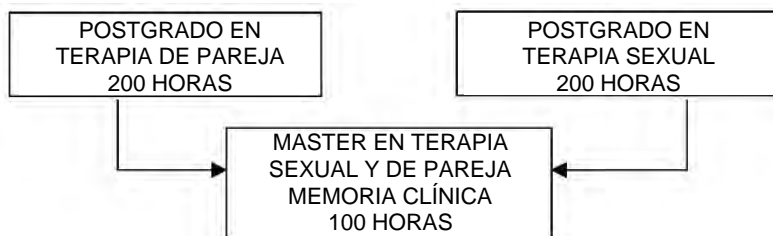
Palabras clave: adopción internacional, efectos de la institucionalización, vinculación, apego, motivación para la adopción.

Referencias bibliográficas

- ALBERS, L., JOHNSON, D., HOSTETTER, M., IVERSON, S. Y MILLER, L. (1997) Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. *Journal of the American Medical Association*, 278, 922-924.
- BERÁSTEGUI, A. (2003). *Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid: Consejo Económico y Social.
- BERÁSTEGUI, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid: Consejo Económico y Social.
- BARUDY, J., DANTAGNAN, M. (2005). *Los buenos tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. New York: Organización Mundial de la Salud.
- BOWLBY, J. (1998). *La separación afectiva (El apego y la pérdida 2)*. Barcelona: Paidós.
- BRODZINSKY, D.M. (1993). Long-Term Outcomes in Adoption. *Future of children*, 3(1), pp, 153-166. Disponible en www.futureofchildren.org.
- CASTLE, T., GROOTHUES, C., BREDENKAMP, D. Y COLS.. (1999). Effects of qualities of early institutional care on cognitive attainment. *American Journal of Orthopsychiatry* 69: 424-437.
- CHICOINE, J.F., GERMAIN, P., LEMIEUX, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montreal (Québec): Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- GLENNEN, S. (2002). Lenguaje development and Delay in Internationally Adopted Infants and Toddlers: a review. *American Journal of Speech Language Pathology*, 11, 333-339.
- GROZA, V. (1999). Institutionalization, behaviour and international adoption. *Journal Immigration Health*, 3(1), pp, 133-143.
- HODGES, J., TIZARD, B. (1989). IQ and behavioral adjustment of ex institutional adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 30, pp, 53-75.
- JENISTA, J. (1997). Russian children and medica records. *Adoption Medical News*, 3 (7), 1-8.
- JOHNSON, D. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalisation in Eastern European Adoptees. *The Minnesota Symposium in Child Psychology*, 31, 113-162.
- JOHNSON, D. Y DOLE, K. (1999). International adoptions. Implications for earl intervention. *Infants and Young Children*, 11 (4), 34-45
- MILLER, L. Y HENDRICK, N. (2000). Heath of children adopted from China. *Pediatrics*, 105 (6). Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76>
- MITCHELL, S.A., Y BLACK, M. (2004). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder.
- OULLETTE, F., BELLEAU, H. (1999). *L'integration familiale et sociale des enfants adoptés a l'etranger: recension des écrits*. Montreal: INRS-Culture et Societé.
- RUTTER, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- RUTTER, M., ANDERSEN-WOOD, L., BECKETT, C., BREDENKAMP, D., CASTLE, C., GROOTHEUS, C., KREPPNER, J., KEAVENEY, L., LORD, C., & O'CONNOR, T. G. (1999). Quasi-autistic patterns following severe global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537-549.
- SERVICIO SOCIAL INTERNACIONAL (2004). *Derechos del niño en la Adopción Nacional e Internacional: Marco ético y orientaciones para la práctica*. Ginebra: CRI/SSI.Original 1999. Disponible en:http://www.issssi.org/Resource_Centre/Guia_etica.PDF
- SPITZ, R. (1945). *Hospitalism: Psychoanalytic study of the child, I*. New York: International University Press.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de vida en el niño*, México: Fondo de Cultura Económica, 1969, 11ª reimpresión 1990.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
BIENNIO 2005-2007
4ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos: Laura Contino

Lcontino@ub.edu

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOANÁLISIS PUNTO DE ENCUENTRO

Rosa Maria Royo Esqués

Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA). Fundació Vidal i Barraquer (URL)
rosaroyo@copc.es

“Si el psicoanalítico yerra en su diagnóstico incurrirá en una falla de carácter práctico, impondrá al enfermo un esfuerzo inútil y desacreditará su terapia.”

La iniciación del tratamiento.

Sigmund Freud

The mutual needs and benefits of the relationship between Psychodiagnosis and Psychoanalysis are discussed. The theoretical framework emerging from Psychoanalysis is better adapted to the needs of psychological diagnosis than the medical-psychiatric model. By contrast, psychoanalysis has benefited from a diagnosis system that takes into account parameters beyond the purely psychopathologic: intra-psychological functioning, emotional and relational environments, the possibilities of creating or developing a therapeutic relationship, aspects of health, and the possibilities of personal development. Projective Methods emerge from and/or are improved by the encounter between Psychodiagnosis and Psychoanalysis. Psychoanalysis and Psychodiagnosis, together with the use of Projective Methods, have helped psychologists consolidate their professional identity and extend areas of intervention.

Key words: Psicoanálisis, Psychodiagnosis, Projective Methods, The role of the psychologist.

El encuentro entre Psicodiagnóstico y Psicoanálisis está basado en la necesidad mutua. Tanto el Psicodiagnóstico como el Psicoanálisis, teniendo al inicio los dos como referencia el modelo médico, precisaban, para seguir su desarrollo, otro marco. Un marco que tuviera más en cuenta los elementos psicológicos y sociales respecto de la salud y la enfermedad psíquica. Por formación y práctica, desde mi doble vertiente, considero que el encuentro de los dos campos ha dado y puede seguir dando valiosos frutos.

Si miramos hacia atrás y nos ponemos en el lugar del psicólogo que realiza diagnósticos, veremos que anteriormente se seguía el modelo médico de la época.

Se tomaba en cuenta la enfermedad y sus síntomas más que quien la padecía. Desde esa perspectiva los psicólogos se convertían, la mayor parte de las veces, en pasadores de tests. De aquellos tests que estaban supeditados a la clasificación de síntomas, ya que eran un sistema eficaz para dar respuestas en un modelo que no analizaba al individuo en su totalidad, teniendo en cuenta su subjetividad, sino que lo ordenaba dentro de unas categorías psicopatológicas, –los llamados modelos categoriales de la personalidad–, en los que subyace la perspectiva médica y en los que se intenta ubicar al sujeto en un diagnóstico perfectamente acotado.

Freud iniciando el camino del Psicoanálisis da entrada al mundo inconsciente y afectivo. Y, junto con sus coetáneos, conceptualizó elementos básicos para la comprensión de la mente y los vínculos humanos, a la vez que desarrolló un método para acceder e incidir en ella. La escucha psicoanalítica permitió acercarse a los fenómenos psicológicos y relacionales desde un vértice amplio y creativo, teniendo en cuenta las diversas realidades que los sustentan.

En ese sentido, la teoría psicoanalítica le dio al psicólogo un marco de referencia diferente en el cual se tenían en cuenta aspectos valiosos a la hora de comprender el funcionamiento mental de las personas. Se pasó del modelo categorial, como decía, caracterizado por la clasificación en estructuras homogéneas, mutuamente excluyentes y de líneas divisorias bien definidas, al modelo dimensional, –más utilizado desde un punto de vista psicológico–. Éste se caracteriza por la flexibilidad adaptativa, no tener líneas divisorias bien definidas y tomar en consideración el contexto.

El Psicoanálisis proveyó así de un modelo de trabajo que permitía a los psicólogos el acercamiento emocional al paciente. Ya no iban a quedarse sólo examinando los síntomas que describían tal o cual cuadro psicopatológico, sino que desde el Psicoanálisis se miraba a la persona desde un punto de vista global. Se incluían las áreas afectivas, somáticas, cognitivas, comportamentales, sociales, y además se introducía al propio psicodiagnosticador en el campo de observación. El vínculo que se establecía en la relación con la persona diagnosticada pasaba a ser un elemento a analizar, –transferencia y contratransferencia–, ya que no se diagnosticaba la mente como algo aislado sino una persona en relación con su mundo. Con estas premisas el trabajo del psicodiagnosticador empezó a cobrar identidad propia.

No obstante, como todo inicio, comportó ciertos problemas relacionados con transplantar una metodología de trabajo a otro campo, por muy afín que éste sea. Freud refiriéndose al cuidado que era conveniente tener al extrapolar conceptos psicoanalíticos a otros campos dijo: “Tanto para los hombres como para los conceptos es peligroso que sean arrancados del terreno donde se han originado y desarrollado”. Y algo de esto era inevitable que pasara al principio con los conceptos psicoanalíticos llevados al terreno del Psicodiagnóstico. Quizás lo más sustancial fue que se dio un movimiento pendular y, siguiendo el modelo psicoanalítico en lugar del médico, se dejó en segundo término el uso de los tests para

valorar casi exclusivamente la técnica de entrevista libre. Se adoptó más que se adaptó el encuadre psicoanalítico en el proceso diagnóstico. Otra vez se encontraban los psicólogos en su tarea diagnóstica faltos de identidad.

Ha sido un trabajo de tiempo encontrar el propio lugar. Salvando algunas dificultades de toda extrapolación, la teoría y la técnica psicoanalítica han dado a los psicólogos, –en el campo del Psicodiagnóstico–, un marco de referencia de gran valor para entender a la persona en sus dinámicas intrapsíquicas y en los vínculos que establece.

Por su parte el Psicoanálisis, como teoría en la que se tiene en cuenta aspectos variados de la persona, –su funcionamiento intrapsíquico, su mundo emocional y relacional–, no podía diagnosticar, a quien pudiera beneficiarse de un tratamiento de orientación psicoanalítica, siguiendo los parámetros que hasta la fecha se usaban y que, desde el modelo médico-psiquiátrico, se siguen utilizando.

El diagnóstico psiquiátrico está orientado a la clasificación de los síntomas para determinar un cuadro psicopatológico y el alivio o, si es posible, la resolución de los mismos mediante psicofármacos. Las terapias de orientación psicoanalítica, sin negar el beneficio de los fármacos, bien al contrario, haciendo un uso combinado cuando es necesario, se basan en el tratamiento de la persona en su conjunto. Por descontento que se ocupan de los síntomas, pero de aquellos síntomas que padece una persona concreta, de comprender el sufrimiento que va asociado a ellos, qué expresan de ella, cómo conectan con su biografía, el sentido que pueden tener para la persona, cómo los (sobre)lleva, etc. Es decir, el Psicoanálisis procura el alivio sintomático pero no exclusivamente. Como decía Freud, hablando de los fines del Psicoanálisis: “Transformar el padecimiento neurótico en el infortunio cotidiano”. En definitiva hacer de nuestro mundo interno un lugar más habitable viviendo más tranquilos con nosotros mismos y con los demás.

El Psicoanálisis se ocupa de la persona individual, en sus similitudes y diferencias con los otros. Cuando hablamos de categorías, de cuadros, estamos minimizando, cuando no borrando, lo subjetivo. Estamos en un diagnóstico general no en un diagnóstico en “singular”.

Las categorías clínicas hablan de la enfermedad psíquica, el Psicoanálisis, partiendo también del modelo médico, estaba, y aún está, en riesgo de caer en la trampa del diagnóstico categorial. Cuando ordena, según una sistematización basada en la psiquiatría, pierde también su especificidad. Entonces hace diagnósticos psiquiátricos disfrazados de Psicoanálisis. Por tanto, necesitaba un sistema diagnóstico que se basase en los mismos postulados teóricos, las mismas ideas en cuanto a la génesis, funcionamiento y evolución de la mente.

El Psicodiagnóstico, basado en los elementos psicológicos, coloca a la persona y sus relaciones en el centro, y el sujeto en singular reaparece.

No obstante, igual que al psicodiagnósticador le costó servirse del marco psicoanalítico sin perder su identidad, algo similar pasó desde el Psicoanálisis. Éste

como tratamiento basado en la palabra, se trabajaba y trabaja fundamentalmente con la entrevista clínica como método de diagnóstico, y se ha visto como una interferencia la inclusión de otros métodos. Esto sigue siendo un aspecto a resolver.

Otro elemento que desde el Psicoanálisis se podía ver como una pérdida de identidad, era como manejar la información que provee un Psicodiagnóstico para que no marque excesivamente el trabajo terapéutico posterior. Esto es un riesgo real, como lo es cualquier información que nos llega por otras vías que no sean directas de la persona que nos consulta, por ejemplo: datos que nos comunican padres, maestros, médicos,... En ese sentido es necesario buscar el equilibrio entre los beneficios que nos aporta el Psicodiagnóstico y el hecho de que no condicione la labor terapéutica. Siguiendo a Freud, poder mantener la mente en un nivel adecuado de atención flotante y según Bion, sin memoria, sin deseo y sin conocimiento, posiciones que se van adquiriendo con la experiencia.

En la medida que la colaboración entre los dos campos aumenta también lo hace el beneficio mutuo obtenido. Los miedos iniciales de confundir los ámbitos de trabajo y por tanto, la identidad profesional, se van diluyendo y el intercambio se va convirtiendo en riqueza para todos.

De este intercambio, del punto de encuentro, nacen algunas de las Técnicas Proyectivas, se perfeccionan y amplía su uso. Éstas se revelan como instrumentos, además de la entrevista, adecuados para dar respuesta a las necesidades del Psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica.

Los Métodos Proyectivos, como indica su nombre, se basan en el mecanismo de proyección. El término “Proyección” fue introducido por Freud ya en 1894, en su escrito “La neurastenia y la neurosis de angustia”, pero será en “Las neuropsicosis de defensa” de 1896, donde lo conceptualizará: “la proyección es un proceso que consiste en atribuir los propios impulsos, sentimientos y afectos a otras personas o al mundo exterior, como un proceso defensivo que nos permite ignorar estos fenómenos “indeseables” en nosotros mismos”.

Aunque el concepto de proyección surgió en conexión con los mecanismos de defensa frente a la enfermedad, –neurosis, psicosis–, el mismo Freud amplió el término en “Tótem y Tabú”: “Pero la proyección no está especialmente creada con fines de defensa; también surge cuando no hay conflictos. La proyección de percepciones internas al exterior es un mecanismo primitivo que, por ejemplo, influye también sobre nuestras percepciones sensoriales, de modo que normalmente desempeña el papel principal en la configuración de nuestro mundo exterior. Bajo condiciones que no están aún suficientemente determinadas, incluso las percepciones internas de procesos ideacionales y emocionales se proyectan al exterior...”

Las Técnicas Proyectivas nacen al amparo de estas ideas, pero a la vez con su uso e investigaciones realizadas, –tanto para perfeccionar las técnicas mismas como para explorar diferentes campos de aplicación–, han contribuido al desarrollo de la psicología proyectiva y a enriquecer el concepto de proyección para su uso dentro

del marco psicoanalítico.

José Luis, tiene 8 años y vive en un Centro para niños maltratados, del que es derivado por rabietas, a una unidad de tratamientos especializados que superviso. Durante el proceso diagnóstico se le pasó el Test de Rorschach, que como sabemos se trata de un test proyectivo, compuesto por diez láminas realizadas con manchas de tinta sin forma específica. En la lámina II, la primera que incluye el color mediante unas manchas rojas, José Luis se colapsó, se alteró, se puso muy nervioso y cuando pudo hablar dijo:

“Un extraterrestre. La cabeza y el cuerpo y su agujero y la sangre que sale de las piernas. La sangre está cayendo al suelo. Lo sé porque mi padre le hizo sangre a mi yaya en la cara con un puñetazo cuando yo tenía 3 años y era así, roja. No quiero que me hagas hablar de ello”.

Sin entrar en la técnica de cómo la psicóloga manejó la administración del test después del impacto emocional del niño, podemos observar como los estímulos ambiguos del test ponen en marcha el proceso de proyección. Y cómo facilitan el inicio de la comunicación de aspectos emocionales y experiencias de vida, a veces difíciles de verbalizar espontáneamente. Valga el ejemplo, en casos como éste, cuando las experiencias son muy dolorosas, a menudo los niños que las han vivido no las comparten, sino que las encierran en su mente mediante el silencio, perdiéndose así las posibilidades de comprenderlas y metabolizarlas.

Un Psicodiagnóstico realizado con Métodos Proyectivos da mucha información, en un espacio de tiempo relativamente breve, a diferentes niveles: tipo de percepción, de ideación, de ansiedades y defensas frente las mismas, mundo afectivo, relacional, estructura de personalidad, psicopatología y aspectos sanos; elementos relacionados con las vivencias actuales o lo que es más duradero de la personalidad,... Información que será útil para conocer las posibilidades de llevar a cabo el tratamiento y de planificarlo: criterios de adecuación, líneas de trabajo y límites del mismo.

Los Métodos Proyectivos, en la medida de su especificidad y potencia, al describir una persona en sus dinámicas internas y externas, en sus posibilidades de evolución y cambio, marcan una importante diferencia respecto del diagnóstico psiquiátrico. Por un lado no etiquetan según un modelo, –que aunque supuestamente las clasificaciones médicas son ateóricas (DSM) dejan a la persona encasillada–. Por otro, tampoco dan una visión fija de la persona sino que hacen una descripción de su funcionamiento en un momento dado de su vida, como una fotografía. Y además, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico que subraya la patología, –el “mal funcionamiento” de la mente–, el diagnóstico psicológico, además de analizar los aspectos patológicos, tiene en cuenta los aspectos sanos y evolutivos de la persona.

El uso de los Métodos Proyectivos también nos permite acceder a un nivel de comunicación diferente de la comunicación verbal. Hay cuestiones que las personas no comunican, no porque las oculten sino porque no están a un nivel conciente

claramente accesible para ellas.

Marta, una niña de 7 años, vino a consulta a demanda de la escuela porque en el último tiempo había bajado el rendimiento, se aislaba de las otras niñas y en general la veían desganada pero con cierta irritabilidad.

En el dibujo de la familia había pintado a los miembros de la suya. Me llamó la atención un detalle en el dibujo de la madre, un cuadrado negro muy marcado en la falda. Como es habitual en la pasación de los Tests Gráficos, al final de la misma, se le pide a la persona alguna aclaración sobre detalles que, por alguna razón, nos llamen la atención y creamos que puedan aportar información.

Era evidente que el cuadrado negro era un punto de ansiedad, por el grafismo nervioso y el color que tomaba el dibujo en ese punto a diferencia del resto. Le pregunté qué era y la niña como si fuera algo muy evidente me contestó que el delantal de mamá.

La respuesta era muy consecuente. No sé si cuando ella lo dibujaba pensaba en un delantal o esa fue la respuesta que dio para justificar su dibujo frente a mi pregunta, el caso es que perceptivamente se adecuaba bastante bien. No obstante, la respuesta no me dejó tranquila. Así que esa mancha negra fue haciendo camino en mi mente, dejé fluir la imaginación y pensé en embarazos, abortos,... quizás recientes ya que la sintomatología de Marta así lo era. En la entrevista de devolución a los padres indagué con alguna pregunta del estilo: ¿Ha habido últimamente alguna novedad en la familia? La primera respuesta fue que no, pero al poco la madre dijo que a ella le habían operado en el último año, tuvo un cáncer y le habían “vaciado”. Había salido todo bien por tanto no me habían dicho nada en la primera entrevista, no lo pensaron y además estaban seguros que eso a la niña no le había afectado porque no lo sabía, no le habían dicho nada, solo que a mamá la operaban de apendicitis.

Esta información de los padres me permitió hacer una hipótesis diagnóstica: el cuadrado negro había tomado sentido para mí, se había convertido en un “vacío” negro, en un agujero en la comunicación familiar.

Sus padres con el deseo de aliviarla y no cargarle con ansiedades propias, habían silenciado un hecho muy importante de la vida familiar. Marta había captado alguna cosa de los momentos de angustia que, sin duda, pasó la familia. También había elaborado sus propias hipótesis que, al no contrastarlas, no podía saber si coincidían con la realidad. Ahora sería yo quien tendría que verificar la hipótesis con otros datos diagnósticos, evaluar si la enfermedad de la madre había influido y, de ser así, cómo en la problemática que Marta presentaba. Sabemos que un solo dato no constituye un diagnóstico pero nos puede orientar.

Éste es solo un ejemplo de la riqueza de estos métodos para que los

pacientes se expresen, ya sea en el ámbito consciente como en el de sus fantasías, mundo interno y aspectos inconscientes.

El Psicodiagnóstico, en el encuentro con el Psicoanálisis, trabaja investigando en el desarrollo de los Métodos Projectivos para evaluar los indicadores que las terapias de orientación psicoanalítica necesitan y garantizar un trabajo adecuado. Así, además del diagnóstico psicopatológico, se necesitará conocer las posibilidades que la persona tiene de responder a esa terapia concreta y la motivación para comprometerse en ella.

Teniendo en cuenta las características en las que se basan las terapias de orientación psicoanalítica será importante conocer la disposición del paciente para implicarse emocionalmente y establecer un vínculo terapéutico, al mismo tiempo que la capacidad de relacionarse consigo mismo, con su mente, en los aspectos conscientes e inconscientes o por lo menos la posibilidad de desarrollarlas.

Evidentemente al terapeuta, por formación y experiencia, se le suponen ambas condiciones, –implicación emocional y vincular consigo mismo y con el paciente– y en consecuencia, la capacidad de decidir en qué proyectos terapéuticos se embarca. La contratransferencia es fundamental a la hora de hacer la indicación, y ésta se observará especialmente en el contacto directo con el paciente, pero también en los datos del Psicodiagnóstico, tanto si éste lo ha realizado él mismo como si viene derivado de otro profesional. Esta información podrá ayudar al terapeuta a tomar la decisión de entrar en un proyecto terapéutico concreto, evaluando en qué medida se ve con motivación, capacidad, tiempo,... para ello.

Un Psicodiagnóstico elaborado dentro de este contexto se aleja de la idea de que la persona que pide nuestra ayuda o asesoramiento, es un sujeto pasivo, una mente aislada a estudiar, de la que obtendremos datos “científicamente” manejables, que darán peso específico a nuestros resultados. Bien al contrario, desde esta perspectiva, siguiendo la idea freudiana de “escuchar al paciente”, lo involucraremos en el proceso diagnóstico y en los pasos que de él se sigan, ya sea orientación, asesoramiento o tratamiento. Freud, dándoles la voz, nos ha ayudado a poner a las personas que nos consultan en una posición activa en cuanto a la resolución de sus conflictos y a sus posibilidades de evolución. Y, como hemos visto, también a los psicólogos nos ha involucrado abriendo la escena de lo personal a lo interpersonal. Para poder conducir la situación el psicodiagnósticador tiene que comprender lo que está sucediendo en el consultante, en el mismo y en la relación. Es decir, aprender a observar y observarse.

Hasta ahora he subrayado especialmente el uso de los Métodos Projectivos como parte integrante y específica del Psicodiagnóstico, pero teniendo en cuenta que fue Freud quien le dio la palabra al paciente diciéndole: “cuénteme lo que le pasa”, no quisiera finalizar sin mencionar la Entrevista como un instrumento fundamental de nuestro trabajo, que bien administrada nos suministra abundante material projectivo.

Debido a su versatilidad y como proceso natural entre las personas, la Entrevista va estar presente en todo proceso diagnóstico. De las otras técnicas elegiremos unas u otras, pero la entrevista siempre formará parte. Por tanto se convierte en nuestra herramienta básica, por lo menos en los adultos, en los niños puede ser el dibujo o la hora de juego. La Entrevista también es el primer paso en toda intervención psicológica tan importante que puede encauzar nuestra gestión o malograrla.

Un psicólogo entrenado que establezca un escuadre de trabajo adecuado, es decir dar a la persona que consulta un marco de respeto, confianza y cordialidad, ofrecerá la oportunidad de que el entrevistado exponga mucho de sí mismo, sus preocupaciones, recuerdos, proyectos, posiciones, expectativas, teorías,... Así como, al psicólogo le facilitará la observación a nivel no verbal de comunicaciones importantes respecto a la expresión facial, gestos, conducta, tono afectivo...

El proceso diagnóstico en general, pero quizás de forma más tangible la Entrevista diagnóstica, además de las funciones de exploración, diagnóstico, pronóstico, indicación terapéutica, también provee de elementos terapéuticos. El intento de organizar las ideas sobre lo que le ocurre a uno mismo para ser entendido por otro, y si a la vez ese otro lo recibe con interés, sin juzgar sino con el ánimo de comprender, ya se está dando un primer paso en el alivio del problema a tratar y a su vez, en cierta medida, puede empezar un proceso de elaboración.

Hace unas semanas me decía María, una adolescente de 16 años, en una entrevista diagnóstica hablándome de sus amigos:

“Silvia me explicó un problema que tiene con el chico con el que está enrollada. Dice que ella siempre tiene que hacer cosas no quiere. Solo lo que a él le da la gana. Siempre tiene que adaptarse ella a él y que no sabía si dejarlo o no.”

María me explicaba que cuando la amiga le comentaba sus dudas, ella no sabía qué contestar, no sabía cómo ayudarle:

“Le he estado escuchando, pero me sentía mal porque no sabía qué decirle. Yo la escuchaba y pensaba ‘sé lo que dice pero ¿qué le digo?’. Yo no tengo ni idea de lo que ella tendría que hacer.”

Después de un silencio María afirmó:

“De todas formas creo que Silvia se aclaraba un poco al decirlo en voz alta.”

Una vez más son las personas que nos consultan quienes nos enseñan a ayudarles.

Naturalmente el grado de beneficio terapéutico de la Entrevista diagnóstica dependerá, por un lado, de la posibilidad del entrevistado de expresarse, de comunicar y compartir sus vivencias. Y por otro, de la actitud receptiva y contenedora del entrevistador que junto con su forma de escuchar, de relacionar los datos y proponer hipótesis, da un enfoque de la experiencia emocional en el que le

muestra al entrevistado su forma de tratar con ella, a veces nueva para este último.

Al principio del escrito decía que el Psicoanálisis diagnosticaba, antes de su encuentro con el Psicodiagnóstico, fundamentalmente por medio de la Entrevista. Posteriormente, por la colaboración mutua, se van incorporando las Técnicas Proyectivas. Ya no hace falta optar, entre una u otros. Lo que se observa es que son métodos complementarios y que su unión enriquece los resultados del Psicodiagnóstico.

D. Rapaport (1965), psicoanalista, dirá:

“puesto que los métodos clínicos obtienen una muestra de la conducta, que es amplia pero no sistemática, y dado que los procedimientos de tests obtienen una muestra estrecha pero sistemática, la práctica clínica sólida siempre utilizará a ambos, cada uno para compensar las desventajas del otro”.

Recapitulando, el encuentro entre Psicoanálisis y Psicodiagnóstico, y el uso de los Métodos Proyectivos ha favorecido que el psicólogo consolidara su entidad profesional y ampliado sus campos de intervención.

Al hablar de salud o enfermedad ahora se incluye –además de aspectos biológicos– los psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo. De esta forma ha pivotado el trabajo psicológico desde la enfermedad psíquica hacia la salud mental y las problemáticas humanas.

Este punto es muy importante porque por un lado ha ampliado el trabajo de los psicólogos clínicos y por otro ha diversificado las áreas de incidencia más allá de la clínica.

Los psicólogos clínicos no siempre tratan con enfermos, enfermedades y sus síntomas. El trabajo es de orden “psicológico” y por tanto existe un campo de actuación amplio dentro de la salud. A menudo consultan personas por padecimientos variados pero que no corresponden a la psicopatología. Por ejemplo y por nombrar solo algunos: problemas relacionados con momentos vitales, –adolescencia, crisis mitad de la vida...–, o problemas puntuales, –crisis de pareja, un accidente, el debut de una enfermedad orgánica...–

El Psicodiagnóstico basado en los postulados psicoanalíticos y usando Métodos Proyectivos es útil en diferentes ámbitos, además del clínico: la evaluación en recursos humanos, los peritajes judiciales, el marco escolar y la ayuda en la rehabilitación social, entre los más conocidos.

Se considera la relación entre Psicodiagnóstico y Psicoanálisis, su necesidad y beneficios mutuos. El Psicodiagnóstico ha obtenido un marco teórico referencial que se adapta, mejor que el modelo médico-psiquiátrico, a las necesidades del diagnóstico psicológico. El Psicoanálisis, por su lado, se ha beneficiado de una forma de diagnosticar que tiene en cuenta otros parámetros además de los psicopatológicos, -funcionamiento intrapsíquico, mundo emocional y relacional. Posibilidades de establecer o desarrollar un vínculo terapéutico. Aspectos de salud y capacidad de evolución,...- Del encuentro surgen y/o se perfeccionan los Métodos Proyectivos. Psicoanálisis y Psicodiagnóstico junto con el uso de las Métodos Proyectivos ha favorecido la consolidación de la identidad profesional del psicólogo y ampliado sus campos de intervención.

Palabras clave: Psicoanálisis. Psicodiagnóstico. Métodos Proyectivos. Rol del psicólogo.

Referencias bibliográficas:

- ABT, L. E. & BELLAK (1967) *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós
- ANZIEU, D. (1961). *Los Métodos Proyectivos*. Buenos Aires: Abaco.
- CAMPO, V. (1995). Follow-up and treatment assessment with the Rorschach. En: *No encuentro la kurtosis!!: Children and the Rorschach. Some clinical and research observations*. Stockholm: Dynamo Press.
- CAMPO, V., DOW, N. & TUSET, A. (1993). Assessment of change with the ORT (and the Rorschach) in a case of psychoanalytic treatment. *Kurtosis!!: Studi Rirschachiani*, 47-58.
- CAMPO, V. & EKBOIR, J. G. (1970). Evaluación comparativa de un tratamiento psicoanalítico y psicodiagnóstico de Rorschach seriado. *Kurtosis!!: El Rorschach en la Argentina*, 2 (1), 1-23.
- CAMPO, V. & ROYO, R. (1998) *Las Técnicas Proyectivas en el seguimiento de tratamientos*. Barcelona: Rev. Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos. (11: 137-146)
- CAMPO, V. & SMOLA, A. (1970) El valor del seguimiento por medio del psicodiagnóstico de Rorschach en la terapia infantil. *Kurtosis!!: Revista de ALAR*, 3, 16-32.
- EXNER, J. E. & ERDBERG, P. (2005) *Kurtosis!!: The Rorschach: A Comprehensive System. Advanced Interpretation* (3rd.ed.) Hoboken. N. J: John Wiley & Sons, Inc.
- FREUD, S. (1894) *La neurastenia y la neurosis de angustia*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo I
- FREUD, S. (1896) *Las neuropsicosis de defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo I
- FREUD, S. (1926) *La iniciación del tratamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva Tomo II
- FREUD, S. (1913) *Tótem y Tabú*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo II
- RAPAPORT, D. (1965). *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- SIQUIER DE OCAMPO, M. & GARCÍA ARZENO, M. y col. (1976). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

FREUD, LA KÁBALA Y EL PENSAMIENTO JUDÍO CONTEMPORÁNEO.

Una contribución para pensar la repercusión mundial de la obra de Sigmund Freud sobre las mentalidades el siglo XXI, a partir de sus orígenes judíos.

Pere Notó

Universitat Pompeu Fabra (UPF).

Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis, miembro de la Asociación

Psicoanalítica Internacional.

pere.noto@upf.edu

“Pero, ¿qué hay en ti aún de judío, si has renunciado a tantos elementos comunes con tu pueblo?”

le respondería:

“Todavía muchas cosas; quizá todo lo principal.”

Sigmund Freud, del prólogo para la edición hebrea de *Tótem y Tabú*.

This paper try to show, in his 150 birthday, that Freud is one of the biggest thinkers with a huge importance for the XXI century. We have to have in mind and can't stop qualifying him like a Jew in all the cultural ways of the term. It is also very important to mention his big influence in the actual way of thinking, specifically in the contemporary way of Jews's thinking. This way contemporary, next to others, leads nowadays philosophy, especially through Jacques Derrida.

Key words: Freud, Cabala, Jew contemporary thinking, Derrida.

INTRODUCCIÓN

Para conmemorar y felicitarnos del nacimiento de Freud hace ahora 150 años, he escogido, en los límites siempre restringidos de la elección y la oportunidad, una temática muy olvidada entre nosotros, el origen judío de Freud, y su adscripción inconsciente y consciente a la cultura judía y/o hebrea, y algunas repercusiones que tuvo en la formación del pensamiento de S. Freud, tanto en su invención del

psicoanálisis como en su capacidad de elaboración teórica, metodológica y práctica que ha influido, influye e influirá completamente en el pensamiento y en el desarrollo de la humanidad.

Indiscutiblemente Freud es uno de los pocos pensadores sin el cual es imposible entender el presente. Debido a ello y por la satisfacción que me produce, trataré de su influencia en el Pensamiento Actual, así en mayúsculas, y más concretamente en el pensamiento judío contemporáneo que, junto a otros, lidera la mayor influencia sobre la filosofía del siglo XXI, especialmente a través de Jacques Derrida.

Paradójicamente, y como nos ayudó a comprenderlo S. Freud, el pensamiento actual tiene sus raíces en el pasado. Freud, como niño y joven judío, conoció las fuentes principales de la tradición hebrea, la Biblia es decir la TORA, de la que en su obra encontramos citas literales con capítulo y versículo incluidos, y el TALMUD, conjunto de escritos inicialmente de transmisión oral que no se escribirían hasta tiempos más recientes, por tanto posteriores a la redacción Biblia, sobre todo a partir de la Edad Media. Escritos “sagrados” de los que Freud da prácticamente una definición en la página 3254 de sus *Obras Completas*. Otra gran tradición de la religión hebrea, practicada y desarrollada hasta nuestros días con nuevas aportaciones es la vía mística, es decir la Kábala, que como trataré de mostrar por sus contenidos y métodos influirá en el creador del psicoanálisis. Podemos afirmar con rotundidad que Freud fue gran conocedor de la literatura y la historia hebrea. No cabe duda de que Freud es genuinamente un pensador judío y quizás por ello tendrá tal influencia sobre el pensamiento judío contemporáneo y sobre todo en Derrida .

Este es el leitmotiv de este trabajo, mostrar que Freud es un pensador de enorme relevancia para el siglo XXI pero al que no hay que dejar de calificar de judío en todos los sentidos culturales del término, abiertamente y sin disimulos. Sigismund (luego Sigmund) Schlomo (como el abuelo paterno) Freud nació el 6 de mayo de 1856, y fue circuncidado siete días después, no en vano su padre era creyente, y sus abuelo y bisabuelo, Freud, rabinos.

No se debe desnaturalizar a un pensador aislándolo asépticamente de su nación y de su cultura materna y paterna, es decir de su etnia, con la pretensión y coartada idealista, es decir no real, de que el saber no tiene lugar, cayendo en un falso cosmopolitismo y en el viejo dilema de o local o universal, oponiéndose al principio freudiano y psicoanalítico de la “integración”.

Todo ello sin menoscabo de que la posición ideológica de S. Freud fue la de un no creyente, de ninguna religión. Un librepensador de los siglos XIX y XX, “*an infidel Jew*” en palabras textuales de Freud. Pero su agnosticismo ateo no fue ningún obstáculo, para que las religiones le influyeran, como a todo el mundo, despertándole, además, un gran interés y curiosidad científica.

Sigmund Freud nació en Freiberg, en la república Checa, que hoy se escribe

correctamente como Příbor, Moravia, ciudad que ha tardado en honrar la memoria de su hijo más famoso, Sigmund Freud, hasta 1994, cuando se inauguró un busto suyo entre la plaza principal y el antiguo colegio, sede actual del museo de la ciudad.

Igualmente hay que explicar que hoy no existe Checoslovaquia (como escribe Freud en su autobiografía) y si la actual República Checa, nombre actual del Estado donde nació Freud. Příbor se encuentra en el corazón de la región llamada Kuhlender, antaño una zona ganadera de habla alemana, con multitud de sinagogas y cementerios antiguos. En 1938 la población judía de Bohemia y Moravia sumaba más de 120.000 personas. La segunda guerra mundial, el Holocausto desgarraron su entramado social. Más de la mitad de los judíos checos fueron exterminados, muchos de los supervivientes emigraron tras el fin de la guerra y otros lo hicieron tras la invasión soviética de 1968. Es difícil encontrar estadísticas actuales de la población judía, pero una estimación las sitúa en 6.000 personas. Sin embargo es sabido que Freud dejó con su familia la actual República Checa a la edad de 4 años para instalarse en Viena. Queríamos destacar que Freud nació lingüísticamente alemán en un país con otro idioma, el checo, y siendo judío en un entorno mayoritariamente gentil. Todas estas características de pertenencia debieron vincularle más al único tronco cultural que se mantendría a lo largo de su vida: su identidad judía.

No deberíamos menospreciar el papel que tuvo la cultura alemana en la actual República Checa, sobre todo en ciertos barrios judíos. Recuérdese que Frank Kafka (Praga 1883 - Kierling, cerca de Viena 1924) escribió en alemán, su lengua familiar, y era judío como Sigmund Freud. No quiero evitar el deseo de referir aquí una anécdota sobre la relación de Kafka y el psicoanálisis. Más allá de la crítica literaria posterior que ha vinculado su obra con el psicoanálisis (véase por ejemplo L. Grinberg 1990), más allá de del conocimiento imperfecto que Kafka tuviese de la obra de Freud, tenemos una referencia directa del autor de *Metamorfosis*, quien en una carta a Félix Weltsch del 22 de septiembre de 1917 dice “quiero pedirte un favor que viene al caso: en el segundo volumen de *Trastornos patológicos de la vida afectiva y sexual* del Dr. Wilhelm Stekel, o algo parecido, tu lo has de conocer, este vienés que pone a Freud al alcance de todos, hay cinco líneas sobre la metamorfosis. Si tienes el libro, haz el favor de copiarlo lo que dice.”

Regresemos al motivo central de nuestro artículo, la relación e influencia del pensamiento y cultura judíos en Freud, y la de este sobre el pensamiento judío contemporáneo; aunque a mi parecer la digresión es sólo aparente porque asociamos pensamiento con filosofía, cuando en realidad es imposible, afortunadamente, disociarlo de cultura y particularmente de la literatura. De esta tensión nace parte de la motivación creativa de la obra de Derrida, y en el contexto de la crítica literaria, piensan Mitchel y Black (1995-2004) con Harold Bloom, que las concepciones de Freud han comenzado a mezclarse con nuestra cultura y ahora forman verdaderamente la única mitología occidental que tienen en común los intelectuales contem-

poráneos.

A nuestro entender una de las influencias primordiales del pensamiento judío en Freud es la idea de secreto. **El secreto** que debe ser desvelado. Freud consideró siempre que su mayor contribución era el descubrimiento del significado de los sueños, con la invención de un método para su interpretación que permitiese alcanzar una nueva comprensión de su significación y función que hasta él habían permanecido en secreto. Ocultos en la narración onírica se encuentran para Freud los secretos de la subjetividad humana individual y colectivamente consideradas. Recordemos que el propio Freud (1921) posteriormente defenderá la unidad de la psicología social y la psicología individual y lo arbitrario e ilegítimo de su separación (Notó 1986, 1994, 2000).

La idea de secreto que ha de ser desvelado está en su interpretación de los sueños, y es gracias a los métodos freudianos de la asociación libre, y la atención flotante, los que permitirán pasar del contenido manifiesto al latente del sueño.

Recordemos cómo Freud plantea el método de la asociación libre a su paciente: “compórtese como lo haría un viajero sentado en el tren, al lado de la ventanilla, que descubriera para su vecino cómo cambia el paisaje ante su vista” (Freud 1913).

A partir de la introducción de la asociación libre como el genuino método psicoanalítico por parte de Freud, los sueños formarán parte de la asociación libre del paciente y se corresponderá con la actitud de Freud de llegar a su interpretación, así desveló el secreto de la formación de los sueños. La formulación, por parte de Sigmund Freud, de la teoría de los sueños pasó a ser la pauta central para la comprensión de todos los fenómenos psíquicos.

De esta forma los inconvenientes y las dificultades, el secreto, fueron el acicate para la exploración y el nuevo conocimiento. Podemos afirmar que lo más importante del legado de Sigmund Freud para el siglo XXI será su actitud para superar las dificultades, los secretos, así convirtió las grandes encrucijadas del psicoanálisis en el estudio de las vicisitudes de la relación: la resistencia y la transferencia, y de un modo similar lo han continuado sus seguidores con la contratransferencia, no en obstáculos para el progreso del conocimiento sino propiamente el núcleo del mismo psicoanálisis.

Como hemos dicho la clave, la vía recta para el conocimiento del inconsciente humano, individual y colectivamente considerado, será para Freud la interpretación de los sueños. Sigamos al autor en algunas notas y citas de su obra “*princeps*”, a la que tituló *La Interpretación de los Sueños*, para fundamentar nuestra hipótesis sobre la influencia del pensamiento judío en la obra de Freud. Baste recordar que uno de los métodos para la meditación cabalista es la interpretación de los sueños del místico.

Ya en la página veinte, cita número 3 de *La Interpretación de los Sueños* Freud relaciona a los autores judíos clásicos que tratan de los sueños: Almodi Salomo

(*Pithrôn Chalômôth. Solkiew, 1948*). Amram y Löwinger. Así como los autores contemporáneos de Freud que tratan de los sueños en el pensamiento judío en clave psicoanalítica como Lauer, C (1913) en “*Das Wesen des Traumes in der Beurteilung der talmudischen und rabbinischen Literatur*” (Internat. Zeitschr. Ps. A., 1). A los que habría que añadir las obras de los psicoanalistas posteriores a Freud que realizarán estudios sobre textos y literatura hebrea en relación a los nuevos conocimientos psicoanalíticos, y viceversa.

Freud, unas páginas más adelante, recoge cómo es común a todo el pensamiento popular vincular el pasado con la comprensión de la vida onírica, y cómo este punto de vista es de más valor que la literatura “científica” de su tiempo sobre el sueño.

Es de admirar, además, la inteligencia de Freud, y su conocimiento de distintos idiomas como el alemán, el inglés, pero también un *idish* rudimentario, en un texto original de 1921 incorpora alguna frase en este idioma (Recuérdese que el *idish* es el idioma propio de muchos de los judíos germánicos), así como el latín, el francés y la lectura en español, que permitirán acercarse al autor de *La Interpretación de los Sueños* a múltiples obras en su versión original.

En la obra de referencia de Freud encontramos una valoración del papel jugado por la mística en la interpretación de los sueños (pág. 79, vol. 1) coincidiendo con el místico Du Pret (1887), al que lamenta no haber citado en la primera edición a causa de un olvido, de que es el sueño el que abre las puertas a la metafísica y no el estado de vigilia.

Otra fuente, mejor conocida de los sueños es para Freud la relación entre el sueño y la locura, peligro del que los cabalistas advierten a sus místicos. Aquí (pág. 105, vol.1) busca el apoyo del fundador de la moderna psicología. Dice Freud: “Wundt” manifiesta en su obra *Psicología Fisiológica*: “de hecho, en sueños podemos experimentar en nosotros mismos todos aquellos fenómenos con los que nos encontramos en los manicomios”.

El sueño y la locura burlan los límites de la realidad “despierta” y permiten la realización del deseo de forma alucinatoria. La kábala previene del peligro de enloquecer al místico, sobre todo si practica la meditación onírica, por eso le exige muchos años de preparación y formación y la ayuda de un maestro de meditación. Similarmente, aunque con más motivos, Freud y el psicoanálisis hasta nuestros días, plantean los límites del autoanálisis, y piden para la formación un psicoanálisis con un psicoanalista experto (didacta) como condición indispensable para el ejercicio profesional del psicoanálisis, amén de la larga formación del candidato.

En este contexto Freud (pag. 108, vol. I) afirma que trabajamos para el esclarecimiento de la psicosis cuando nos dedicamos a la tarea de descifrar **el misterio** del sueño. Quisiera recordar que será una trascendental aportación de Freud mostrar los límites borrosos entre salud y enfermedad mental, dando lugar a una nueva Psicopatología Psicoanalítica diferente a la Psicopatología Clásica.

Otra virtud de Freud será no oponer teoría a práctica, ni a método de investigación sino a articularlos de forma integrada. Como veremos más adelante esta cualidad es propia de la actitud del pensamiento judío clásico, pero también moderno, el judío y padre de la actual Psicología Social, Kurt Lewin, afirma que no existe nada tan práctico como una buena teoría.

Así Freud no tiene inconveniente en reconocer que es en el curso de su trabajo psicoanalítico con pacientes, y en su propio autoanálisis que llegó a la comprensión del método para la interpretación de los sueños. Así salvará Freud otra de las antinomias tradicionales teoría o práctica, proponiendo que el Psicoanálisis es un método de investigación del inconsciente (con la interpretación de los sueños), una práctica clínica y un cuerpo teórico de doctrina psicológico-social y psicoanalítico.

Finalmente y para terminar este apartado sigamos algunos ejemplos prácticos autobiográficos de Freud en los que llega a la comprensión del contenido latente del sueño a través del contenido manifiesto, y con su toma de conciencia de su condición (judía) semítica a la vez que toma conciencia de su conflicto edípico con su padre

“Aníbal había sido el héroe preferido de mis años de bachillerato; tal como ocurre a muchos chicos de esta edad, en lo que se refiere a las guerras púnicas mis simpatías no se dirigían a los romanos, sino a los cartagineses. Cuando más tarde, en los cursos superiores del bachillerato, comprendí por primera vez las consecuencias que se derivan de pertenecer a una raza ajena a la del país, y los sentimientos antisemitas que había entre los compañeros obligaban a tomar una actitud, la figura del general semita se hizo todavía mayor ante mis ojos. Aníbal y Roma simbolizaban para el adolescente que era yo la contraposición entre la tenacidad del judaísmo y la organización de la iglesia católica. La importancia que desde entonces ha alcanzado el movimiento antisemita para nuestra vida espiritual contribuyó después a fijar las ideas y los sentimientos de aquella primera época. De esta forma, el deseo de ir a Roma se convirtió para la vida onírica en el pretexto y en el símbolo de muchos otros deseos ardientemente anhelados, referente a la realización de los cuales había trabajado con la constancia y la exclusividad del púnico a la vez que su cumplimiento parece hoy por hoy tan poco favorecido por el destino como el deseo principal de la vida de Aníbal, el deseo de ocupar Roma.

Tropiezo por primera vez con una experiencia juvenil que manifiesta todavía hoy su poder en todos estos sentimientos y en todos estos sueños. Debía yo tener diez o doce años cuando mi padre empezó a llevarme con él en sus paseos y a comunicarme en conversación sus opiniones sobre las cosas de este mundo. Una vez, para mostrarme que mi época era mejor que la suya me explicó esta historia:

-Cuando yo era joven salí un sábado a pasear por la calle en el lugar donde

tu naciste; iba bien vestido, con una gorra de piel en la cabeza. Entonces pasó un cristiano me tiró de un manotazo mi gorra al fango y gritó –baja de la acera judío– y

– ¿Y qué hiciste tú?

-Bajé a la calzada y recogí mi gorra –fue la tranquila respuesta de mi padre.

Esta respuesta no me pareció nada heroica por parte del hombre alto y fuerte que me llevaba de la mano siendo yo un chiquillo. A esta situación que no me satisfacía opuse otra que se correspondía mejor con mis sentimientos, la escena en la cual el padre de Aníbal, Amilcar Barca, hace jurar a su hijo delante del ara paterna tomar venganza de los romanos. Desde entonces Aníbal tuvo un lugar en mis fantasías.” La Interpretació dels Somnis, vol. I p.221-222

A través del método de indagación propuesto en *la Interpretación de los Sueños*, Freud alcanzó a comprender la relación que existe entre sueño, poesía, elaboraciones místicas y mitos, y creaciones literarias.

En concordancia con la hipótesis planteada en relación a la Kábala, ésta propone dar un valor numérico a los signos –letras– del texto para su interpretación numerológica. Freud propondrá en el diálogo entre paciente y analista, utilizar preferentemente una interpretación simbólica de base lingüística-etimológica para así pasar del contenido manifiesto al contenido latente.

Veamos como ejemplo un trabajo de interpretación onírica en la Biblia y en Freud, en que ve identificarse a sí mismo con el personaje de José. Éste le explicó al Faraón que aún siendo distintos los contenidos soñados por el Faraón, que aparentemente serían un sueño doble, no obstante son dos visiones que solo tienen una significación. Es lo que Freud llamará condensación en el trabajo del sueño y en la elaboración onírica. Refiriéndose a sus propios sueños Freud escribe (pag. 217, vol II)

*“Llamará la atención el hecho de que el nombre de José cumpla una función tan grande en mis sueños. Detrás de las personas que así se llaman puede ocultarse de una forma especialmente fácil en los sueños **mi propio yo**, pues también se llamaba José aquel famoso intérprete de sueños de la Biblia”.*

Finalicemos este primer apartado sobre el pensamiento de S. Freud y sus raíces metodológicas y filosóficas emparentadas con el pensamiento judío, con su pertenencia cultural a la nación judía y su relación con la patria hebrea.

Así dice Freud al inicio de su *Autobiografía* (1924-1925): “nací en el año 1856, en Freiberg (Moràvia) pequeña ciudad de la actual Checoslovaquia. Mis padres era judíos, confesión a la que sigo perteneciendo...”. Y más adelante añade:

“mi profunda dedicación a los escritos bíblicos (iniciada casi al tiempo que aprendí el arte de la lectura) tuvo, como lo reconocí mucho después,

un prolongado efecto en la línea de mis intereses... La universidad, a cuyas aulas empecé a asistir en 1873, me procuró al principio sensibles decepciones. Ante todo, me preocupaba la idea de que mi pertenencia a la confesión israelita me colocaba en una situación de inferioridad con respecto a mis condiscípulos, entre los cuales resultaba un extranjero. Pero pronto rechacé con toda energía tal preocupación. Nunca he podido comprender por qué habría de avergonzarme de mi origen o como entonces comenzaba ya a decirse, de mi raza. Asimismo, renuncié sin gran sentimiento a la connacionalidad que se me negaba... Pero estas primeras impresiones universitarias tuvieron la consecuencia importantísima de acostumbrarme desde un principio a figurar en las filas de la oposición y fuera de la "mayoría compacta", dotándome de una cierta independencia de juicio."

Recordemos igualmente que en las páginas adicionales a la *Autobiografía* en 1935 Freud da cuenta de que entre las nuevas sociedades psicoanalíticas, "muy recientemente" existe una en Jerusalén. Quede pues constancia de la relación entre psicoanálisis y mundo judío. No es de extrañar que durante mucho tiempo se considerase al psicoanálisis una profesión judía, debido en parte a que los primeros discípulos fueron en su mayoría judíos como Sigmund Freud.

Sin embargo junto a estas declaraciones de pertenencia judía de Freud es necesario deslindar que Freud no fue un creyente, sino que su ideología personal crítica, le hace afirmarse agnóstico cuando no ateo. Veamos cómo se describe a sí mismo como librepensador debido a su actitud "científica". En 1925 en su artículo "*La significación ocultista del sueño*" declara su profunda aversión y el prejuicio científico frente a los fenómenos de la telepatía y las profecías, confesando frente a todas estas cuestiones su incapacidad para ser imparcial.

Igualmente escribe en 1925 en su "*Carta sobre la posición frente al judaísmo*":
"Puedo declarar que estoy tan alejado de la religión judía como de todas las demás; en otras palabras: las considero sumamente importantes como objetos de interés científico... En cambio siempre tuve un poderoso sentimiento de comunidad con mi pueblo, sentimiento que también he nutrido en mis hijos. (Su esposa Martha Bernays era igualmente judía, ortodoxa, nieta del Rabino Jefe de Hamburgo). Todos seguimos perteneciendo a la confesión judía."

Termina la breve carta señalando que no sabe hebreo y que no pudo leer textos en ese idioma, "*defecto que más tarde tuve múltiples ocasiones que lamentar*". Con todo es importante aquí señalar que, a pesar de que Sigmund y Martha se casaron bajo "la hupa", Freud no sentía ningún entusiasmo por el rito religioso, y pidió a Martha que no se practicaran ritos religiosos en su casa, ni se celebraran algunas fiestas tradicionales judías.

Para terminar situemos a Sigmund Freud frente a la Política y a la posibilidad

de un estado hebreo. Es bien conocida la ingenuidad política de Freud frente a los nazis, se recuerda, con motivo de la quema de sus libros por parte de las SS nazis, el comentario de Freud diciendo que quemaban sus libros cuando en la edad media lo habrían quemado a él. Seis millones de judíos murieron en el holocausto nazi, entre ellos familiares directos de S. Freud (por ejemplo sus cuatro ancianas hermanas a las que no pudo llevar consigo a Londres). No es hasta la detención de su hija Ana por parte de la Gestapo en Viena, que Freud se decidirá a exiliarse, de hecho fue expulsado, a Londres, con su hija, y demás miembros de su núcleo familiar. No siéndole fácil, debieron intervenir Roosevelt y Musolini, entre otras personas, para obtener la autorización para abandonar Austria, el 5 de julio de 1938, vía París en tren, con llegada a Londres al día siguiente.

En relación al Estado Hebreo escribe Freud en 1925, en su mensaje de salutación para la inauguración de la universidad hebrea, escrito originalmente en inglés donde saluda la perspectiva de que “nuestra pequeña nación” pueda tener independencia como Estado y lo celebra con ocasión de la inauguración de la Universidad en el día de su fundación en la vieja capital de Jerusalén, y termina diciendo que por causa de su mala salud no podrá asistir al acto, cosa que lamenta profundamente.

De forma más esquemática trataremos las dos cuestiones que aún faltan para el planteamiento del presente artículo. Primera la influencia de la kábala en S. Freud, que demanda y se reduce a una introducción a la misma, al considerar la kábala como la quintaesencia del pensamiento judío místico. Segunda, la influencia de Freud en los grandes pensadores contemporáneos judíos y especialmente Derrida.

Influencia de la kábala en la obra de Freud

Empecemos por una, llamémosle brevísima, introducción a la kábala. Kabbala en alemán y Kabbalá en hebreo, –escrito en grafía latina–, y de ahí nuestro uso de la K. Kábala significa “Tradición”, primeramente oral, que explica y fija el sentido de los libros del Antiguo Testamento, en lo moral y práctico, y en lo místico y especulativo.

Seguiremos en las líneas siguientes a Moshe Idel en su obra: *Cábala. Nuevas Perspectivas* (1988/2005).

Existen dos grandes corrientes en la Kábala, que es la forma mística de la religión judía, una teosófico-teúrgica, marcadamente teocéntrica, y otra extática (de éxtasis) marcadamente antropocéntrica. Pensamos que fue esta segunda tradición la que influyó a Sigmund Freud. Esta segunda tradición se orienta a la persona y a sus prácticas (pragmática). El principal representante de esta corriente mística fue Abraham Abulafia. Freud, como posteriormente Bion (1962/1991), y en general todos los psicoanalistas afirman que su conocimiento proviene de aprender de la experiencia, ésta es la metodología de la Kábala extática. Precisamente Freud y el psicoanálisis alcanzan algunas ventajas metodológicas sobre la filosofía al poder

realizar en la “práctica” la experiencia relacional psicoanalítica, como bien señala Bion.

En este sentido el pensamiento judío abomina de la dicotomía teoría-práctica. Algunos judíos son muy religiosos pero no menos emprendedores.

Esta integración teórico-práctica la realizaran en la psicología algunos autores judíos, el primero de ellos fue Sigmund Freud. Hemos señalado la relación entre experiencia mística y autoanálisis y, tanto la Kábala como el psicoanálisis introducirán metodologías para su realización segura.

La Kábala que pudo influir en Freud es europea y originariamente medieval, los místicos medievales no estaban amenazados por ángeles malhechores si no por la debilidad de su estructura física o psíquica. La Kábala extática pagó un precio por su insistencia antropocéntrica y el abandono por el culto religioso, y en algunos autores devino en agnosticismo e inclusive en ateísmo, debido a su concentración individualista. Esta ideología “individualista” influyó poderosamente a S. Freud. Así algunos de sus críticos le han recriminado “su reduccionismo individualista” mientras que otros se felicitan de la actitud individualista de la psicología freudiana. Desde nuestro punto de vista ambas posiciones son parciales, y por tanto menos ciertas, al descuidar la dimensión psicosocial de la obra de Freud.

También el método cabalístico, así como “isomórficamente” el psicoanálisis, demanda para promover la “*unio mystica*” y la inspiración, aislamiento y ecuanimidad (sentido común, en la acepción que le da Víctor Hernández, 2003/04, y Notó, 2000).

Esta Kábala posee una gran dosis de interpretación psicológica de la relación con Dios y un interés sostenido por el misticismo lingüístico.

Señalemos que la última gran escuela del misticismo cabalístico, el hassidismo, corriente a la que pertenecían los padres de Sigmund Freud, (Y. Y. Lara Galván, 2005), trata de mezclar las dos corrientes principales en un intento de integración y síntesis. Así mismo, el psicoanálisis intentará la integración entre una psicología del individuo y una psicología de la relación.

La versión práctica de la kábala se convierte en una ética, el psicoanálisis tampoco puede renunciar, y no renuncia, ni renunciará a su dimensión ética.

La kábala actual como el psicoanálisis se interesa por la hermenéutica y el simbolismo.

Tampoco queremos exagerar la influencia de la kábala sobre Freud y el psicoanálisis, recuérdese que el cabalista debe conocer el idioma hebreo, y como se ha visto Freud lo desconocía. Ahora bien, durante mucho tiempo la transmisión escrita de la Kábala estuvo proscrita, fundamentándose en una transmisión oral, y ésta por familiaridad alcanzó a Sigmund Freud.

Personalmente me acerqué, este año, a un conocimiento introductorio de la kábala a través del profesor Mario Javier Saban, y fue él quien me dio a conocer que uno de los métodos preferidos de los cabalistas es la interpretación de los propios

sueños, y que fue Freud el que se interesó por recopilar estas formas antiguas de interpretación onírica. Y como la kábala intenta actualmente un acercamiento integrador a la persona y su relación con Dios al tiempo intelectual y emocional, de la misma forma en que lo intenta el psicoanálisis, añadimos nosotros, en la relación de las personas con los demás.

El pensamiento judío permite un altísimo nivel teórico a la par que un tremendo espíritu práctico. Igualmente deseamos, y en parte es así, que el psicoanálisis siga produciendo grandes teorías y grandes prácticas. Sigmund Freud, así lo consiguió integrar.

Influencia de Freud en el pensamiento judío actual: Derrida

La segunda gran cuestión y la última que vamos a tratar es la de la influencia de Freud en el pensamiento judío contemporáneo, y en particular en Derrida. En este punto será necesario dilucidar qué entendemos por pensamiento judío actual.

Existe un grupo de investigadores e intelectuales españoles cuyas publicaciones pueden encontrarse básicamente en Riopiedras Ediciones de Barcelona, y que en buena parte corresponden al grupo constituido en el Instituto de Filosofía del CSIC convocadas por Manuel Reyes Mate con el intento de devolver el judaísmo al centro del debate cultural español. Este grupo se constituyó en los años 90 del siglo XX. Una primera preocupación de este grupo fue mostrar que el judaísmo es una tradición olvidada en Europa. En el contexto de los límites de la modernidad trataron fundamentalmente de la preocupación por la racionalidad occidental, en sintonía con el trabajo de la escuela de Frankfurt, en sus diferentes manifestaciones temporales y más recientemente en el pensamiento postmoderno.

Se trata de enfrentarse a la crisis de la razón pero desde el insólito ángulo del pensamiento judío y así lo plantean en la obra colectiva *Judaísmo y Límites de la Modernidad* (1988) editado por M. Beltran, J.M. Mardones, y el ya citado Reyes Mate.

Desde nuestra perspectiva e interés añadimos quizás algo todavía más insólito, la crítica desde el pensamiento de S. Freud, y su influencia en la cultura y la posmodernidad. (Coderch, J., Notó, P., Panyella, M., 2000).

Dicen los autores del libro colectivo citado (1988) que el judaísmo hizo su experiencia de modernidad. Pero durante siglos la mayoría de pensadores “judíos” optaron por la asimilación cultural, obviando su condición judía. Hasta que algunos se plantearon y decidieron seguir siendo judíos sin renunciar a filosofar.

Es a este grupo de pensadores a los que vamos a tratar de enumerar, en un cierto orden cronológico, a continuación: El primero de ellos con el que se inicia la “rebelión” sin renunciar a ser judíos fue Herman Cohen (1842-1918) un filósofo kantiano que critica a Kant, al cual no perdona su juicio despectivo sobre el judaísmo. Cohen es un pensador crítico, liberal en el sentido de libre pensador, socialista a su manera, lo que no le impide ser crítico con Marx y la tendencia

socialista mesiánica que va a contagiar a algunos pensadores judíos. Su metodología implica la unión del elemento teórico con el práctico y finalmente la introducción de un “giro teológico” de tradición judía en 1912. Las obras más interesantes de Cohen que se iniciaron en los años 1850 y se extienden durante varias décadas hasta sus últimas publicaciones en la década de 1920 (véase bibliografía).

El segundo autor es Franz Rosenzweig (1886-1929) alumno directo del anterior autor de una gran producción cuantitativa y cualitativa, que se inicia como crítico de Hegel y del optimismo hegeliano. La obra de Rosenzweig (véase bibliografía) tiene ya un marcado fondo de identidad judía, y tras largas vacilaciones decide en 1913 permanecer dentro de la religión judía. En 1923 le fue conferido el título de Rabino. Murió en 1929.

El tercero es Martin Buber (1878-1965) filósofo judío de las religiones y fundador de la filosofía del diálogo. En su obra *Yo y Tu*, contrapuso la relación yo-tu a la relación cosificadora yo-ello, siempre concediendo la iniciativa al “tu”. Para Buber todo se inicia con **la relación**, así enuncia y fundamenta su programa filosófico.

El cuarto es el pensador judío Emmanuel Levinas (1905-1995). Nació en Kouno (Lituania). En 1923 marchó a Estrasburgo a estudiar. En 1930 publica su tesis de Doctorado, titulada “*La Teoría de la Intuición en la Fenomenología de Husserl*”. Se nacionalizó francés en 1939. Tiene numerosísimas publicaciones (véase bibliografía) donde une la tendencia hermenéutica e interpretativa –común con el psicoanálisis de Sigmund Freud– con la preocupación por las cuestiones sobre la trascendencia desde una perspectiva judía. Nos interesa especialmente aquí por su influencia en Derrida, quien le dedicó dos importantes trabajos, y por su condición de pensador judío, no propiamente religioso pero sí espiritual, interesado por la revelación, el secreto y la ética de base judía. Un verdadero autor judío.

Finalmente llegamos a Derrida, quizás el filósofo más influyente en nuestros días, judío no religioso, influido por Freud y, como éste, descreído y desconocedor del hebreo. Ambos son pensadores judíos no religiosos “cripto-judíos”.

Derrida, gran conocedor de la obra de Freud, le dedicó diversos artículos, impartió docencia en seminarios e institutos de psicoanálisis, e incluso dictó la conferencia inaugural en el último congreso internacional de la IPA, celebrado en París. Murió recientemente, en 2004. Su filosofía puede ser esencialmente judía, no por su tema, sino por su modo. Al razonar se medita como judío a propósito de cualquier asunto, si se hace de cierta manera. Lo central de este método es la interpretación como lo fue para Freud. Volveremos a él antes de terminar.

Una última paradoja nos llamó poderosamente la atención, incluso los pensadores que en España y Catalunya tratan de vindicar el legado judío en nuestras culturas occidentales, ninguno reivindica o simplemente es conocedor de la obra de Sigmund Freud. Intentan arreglar uno de los déficits de la cultura de las naciones de la península Ibérica pero se olvidan del pensamiento psicoanalítico y de Sigmund

Freud. Quizás sea la atávica incultura peninsular para todo lo psicoanalítico. Dos serían, en este sentido, los empobrecimientos culturales de Sheparad. Tratan de remediar los autores pro-judíos citados uno, pero se olvidan del otro. Recordemos que la expulsión judía se produjo en 1492 y con ellos su influencia cultural.

También Franco prohibió el psicoanálisis hasta casi los años 60, contribuyendo a la desinformación y desconocimiento de éste, aunque las obras completas de Freud ya habían sido traducidas al castellano antes de la guerra civil. (A excepción del último volumen).

Hoy sigue observándose en el mundo intelectual y universitario este doble déficit sobre la cultura tanto judía como psicoanalítica de Sheparad. Recuérdese que la Kábala y el psicoanálisis entraron a la Península Ibérica por Catalunya. La Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, primer grupo psicoanalítico vinculado a la Asociación Psicoanalítica Internacional fundada por Freud, nació en Barcelona en la década de los 60, donde actualmente reside la sede de la Sociedad Española de Psicoanálisis y su centro de formación, l'Institut de Psicoanálisis de Barcelona. De forma similar, ya en siglo trece estaban en Girona y en Barcelona los más importantes cabalistas catalanes y provenzales.

No así, en los países de nuestro entorno donde el psicoanálisis ha llegado a formar parte, por derecho propio de la cultura occidental, por ejemplo en Francia, autores como los citados y especialmente Derrida son judíos y grandes conocedores del psicoanálisis. Anteriores a ellos podemos citar a Walter Benjamín, Elías Canetti, el citado Frank Kafka, la filósofa e historiadora Hannah Arendt, el historiador judío Yerushalmi, quien escribirá precisamente su versión del Freud judío, inventando un encuentro y un diálogo imaginario entre él y Freud (1982), muy bien contestado por Derrida (1997). Inclusive tendrá influencia mutua para el pensamiento de Albert Einstein, quien pedirá por carta, a Sigmund Freud, reflexionar sobre el porqué de la guerra, y este le contestara con una famosísima epístola. La denominada escuela de Frankfurt hasta el actual Habermas, y tantos otros como el ya reseñado Levinas con sus obras *"Totalidad e Infinito"* (1961), *"Ética e Infinito"* (1982). *"Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro"* (1991) o *"Nouvelles Lectures Talmudiques"* (1996) y también en Francia Paul Ricoeur quien en *"Sobre la interpretación"* (1965) integra el psicoanálisis. Los únicos autores conocedores del pensamiento psicoanalítico y de S. Freud en castellano que hemos encontrado en este contexto de relación entre el judaísmo y el pensamiento contemporáneo son argentinos, como el profesor Santiago Kovadloff (2002), o el ya citado Mario Javier Saban (1994, 2005). O bien los mexicanos Mauricio Pilatowsky (2004) y Yuliana Yesenia Lara Galván (2005), o el venezolano como Daniel Benveniste (2006). Es decir todos americanos.

Finalizamos esta panorámica sobre la influencia del judaísmo en Freud y de éste sobre el pensamiento contemporáneo (y postmoderno) con un retorno final a Derrida, el mayor filósofo contemporáneo por su influencia sobre todo en EEUU

y Europa. El único pensador contemporáneo con el que no pueden los autores del libro-panfleto "*Imposturas intelectuales*" probablemente porque les supera como pensador, y así lo reconocen explícitamente.

Jacques Derrida es sobre todo conocido por lo que para muchos es un método y para él una actitud, la Deconstrucción. El propio Derrida en su "Carta a un amigo japonés" (1987-1997), donde describe eficientemente sobre su concepto de **Deconstrucción**, se sorprende del éxito de su término, que para él no es tan trascendental. Lo que busca Derrida es "religar" y "releer" desde todos los ángulos y desde todos los fragmentos el lenguaje. En total sintonía con Sigmund Freud y el método psicoanalítico, especialmente en la propuesta freudiana de la **Interpretación** iniciada con "*La Interpretación de los sueños*". La Deconstrucción va acompañada de recomposición, desplazamiento, disociación de significados, como ocurre en el trabajo onírico que Freud nos permitió empezar a leer.

La toma de posición de Derrida en contra de todo logocentrismo o discurso racional, al acentuar su crítica el carácter no representativo del lenguaje también le acerca a Freud.

Es el concepto, o lo que sea, de Deconstrucción el que más nos facilita la relación y la influencia de Freud sobre Derrida. Como ya insinuábamos anteriormente la Deconstrucción derridiana se corresponde y es precedida por la Interpretación freudiana, se trataría en ambos casos de desandar el camino de los procesos primarios de pensamiento a los secundarios. Al reconocer los fenómenos propios del lenguaje y del pensamiento no racional conoceremos los procesos de condensación, desplazamiento, etc., que han de permitir releer los contenidos manifiestos para alcanzar los contenidos latentes, siempre desde la intersubjetividad transferencial (y en el marco de la **relación psicoanalítica** con su trama interactiva, Coderch, 2003), y la personalidad de cada cual. Estaríamos frente a una revolución crítica, afirmación del relativismo como proceso genuino del pensamiento, y una nueva propuesta de pensar más radical en Derrida pero facilitada por el iniciador Sigmund Freud.

Derrida, como ya dijimos tiene un escrito "*Mal de archivo. Una impresión freudiana*" (1997), donde responde a la visión del historiador Yosef Hayim Yerushalmi sobre el judío Freud. Derrida decide responder a Yerushalmi y nos presenta una lectura distinta de la forma de entender la identidad y la memoria (los archivos), después de Auschwitz, dedica su conferencia al historiador como muestra de admiración y agradecimiento. Para fijar posturas se dirige al libro del historiador (1982) y lo define como un intento de "circuncidar de nuevo a Freud", o sea, que lo identifica con Jacob, el padre de Sigmund Freud que desde el futuro le recuerda los términos de la alianza.

Derrida entiende la formación de la identidad tanto en sus aspectos emancipadores como en su carga opresiva. El "nosotros" orgulloso de Yerushalmi parece no reconocer todo el sufrimiento que ha generado. Derrida se lo recuerda y

busca rescatar a Freud de esta lectura unilateral de la memoria, donde Sigmund ha sido presentado como un judío sumiso.

El mismo Derrida en una ponencia presentada en el Coloquio de Intelectuales Judíos de Lengua Francesa celebrado en París, en Diciembre de 1998, comentó cómo siendo niño en Argelia vivió la contradicción de enfrentarse por un lado a los antisemitas y por el otro al encierro del grupo judío exclusivista, y lo expresa así “el niño del que hablo tuvo que romper entonces de forma tanto irreflexiva como reflexiva, por los dos lados, con esos dos modos de pertenencia exclusivos, y en consecuencia excluyentes” (2002). No acepta Derrida la lectura que hace Yerushalmi de Freud como la de un judío sumiso que utilizó sus posturas universalistas como cortinas de humo para poder continuar el judaísmo en una versión sin Dios (el Psicoanálisis). Jacques Derrida explica la postura del psicólogo y la suya como la expresión de una ruptura producida en el interior de la misma Ilustración. Entiende el psicoanálisis como un intento de encontrar una salida que nos aleje de la pulsión de muerte y permita una auténtica esperanza.

Terminamos nuestro recorrido, pero seguiremos atentos a lo que nos depare el presente y también el futuro, que sin duda nos traerá un mayor reconocimiento del autor, y nuevos desarrollos que sigan haciendo fértil la obra de Sigmund Schlomo Freud de quien celebramos su 150 aniversario.

Este trabajo trata de mostrar, en el 150 aniversario de su nacimiento, que Freud es un pensador de enorme relevancia para el siglo XXI pero al que no hay que dejar de calificar de judío en todos los sentidos culturales del término; así como su influencia en el pensamiento actual y más concretamente en el pensamiento judío contemporáneo que, junto a otros, lidera la filosofía actual, especialmente a través de Jacques Derrida.

Palabras clave: Freud, Kábala, Pensamiento judío contemporáneo, Derrida.

Referencias bibliográficas

- ARENDR, H. (1981). *Los Orígenes del Totalitarismo*, vol I. Versión española de Solana, G. Madrid: Alianza Editorial
- BELTRÁN, M., MARDONES, JM. & REYES MATE. (1988). *Judaísmo y límites de la modernidad*. Barcelona: Riopiedras.
- BENVENISTE, D. (2006). *La Identidad Judía de Sigmund Freud*. Caracas: Instituto Cultural Venezolano Israelí.
- BION, W. (1962/1991). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.

- BUBER, M. (1993). *Yo y Tú* (trad. de C. Díaz). Madrid: Caparrós.
- BUBER, M. (1997). *Diálogo y otros escritos* (trad. de C. Moreno). Barcelona: Riopiedras.
- CODERCH, J. (2003). La trama interactiva en el procés psicoanalític. En *revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XX. n.1-2. p. 15-27.
- CODERCH, J., NOTÓ, P. & PANYELLA, M. (2000). Pensamiento Postmoderno: teoría del caos, autoorganización y teoría relacional del Psicoanálisis. En *Intersubjetivo* Vol 2.
- CODERCH, J. (2003). La trama interactiva en el procés psicoanalític. En *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 20, n° 1-2, p 15-27.
- COHEN, H. (1995). *El judaísmo y el progreso religioso de la humanidad*. Montevideo: Instituto Ulpan.
- COHEN, H. (1996). *Religion de la raison tirée des sources du judaïsme*. París: P.U.F.
- DERRIDA, J. (1987/1997). Carta a un amigo japonés. En *El Tiempo de una Tesis*. Madrid: Proyecto A. Ediciones.
- DERRIDA, J. (1987). *Psyché. Invention de l'autre*. París: Galilée. (Este libro incluye igualmente, en francés, lengua original de Derrida: Carta a un amigo japonés)
- DERRIDA, J. (1997/2002). *Mal de archivo: una impresión freudiana* (trad. de P. Vidarte). Madrid: Trotta.
- DERRIDA, J. (2002). Confesar lo imposible. Retornos, arrepentimiento y reconciliación. Versión castellana de P. Peñalvert. En A. Sucasas, *La filosofía después del Holocausto*. Barcelona: Riopiedras.
- FREUD, S. (1973). *Obras completas*. 3 vol. 3ª. Ed. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD S. (1900/1985). *Interpretació dels somnis*. 2 vol. Barcelona: Empúries.
- HERNANDEZ, V. (2003/04). La personalitat esquizoide i la por a estimar: el pensament de Fairbairn. En *Revista de Psicoteràpia Psicoanalítica* ACPPn°6-7, p 63/73
- GRINBERG, L. (1990). "Artículo" en *Psicoanàlisi i Literatura* de FOLCH MATEU, P. (Ed.) Barcelona. La Caixa.
- IDEL, M. (1988/2005). *Cábala. Nuevas Perspectivas*. Madrid: Ed. Siruela.
- KOVADLOFF, S. (2002). Prólogo a *Memoria de la Ley* de SUCASAS, A. Barcelona: Riopiedras.
- LARA GALVÁN, Y.Y. (2005). Freud y el judaísmo. Revista electrónica *La misión*. lamision@uaq.mx
- LEVINAS, E. (1961/1977). *Totalidad e Infinito*. Salamanca: Sígueme.
- LEVINAS, E. (1982/1991). *Ética e Infinito*. Madrid: Visor.
- LEVINAS, E. (1991/1993). *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-textos.
- LEVINAS, E. (1996). *Nouvelles lectures talmudiques*. París: Minuit.
- MITCHELL, S.A., y BLACK, M. (2004). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder.
- NOTÓ, P. (1986). El pensament social de Sigmund Freud. En *Introducción la psicología Social*, En P. Notó, & M. Panyella, M. Barcelona: Ed. 62.
- NOTÓ, P. y RECASENS, JM. (1994). La psicoterapia psicoanalítica de grupo. En *Manual de psicoterapia*. A. Ávila & J. Poch (Eds). Madrid: Siglo XXI.
- PILATOWSKY, M. (2004). Derrida, Yerushalmi y el Moisés de Freud. Identidad Memoria e Historia. México.
- RICOEUR, P. (1965). *Sobre la interpretación*.
- ROSENZWEIG, F. (1920). *Hegel und der Staat*.
- ROSENZWEIG, F. (1921/1997). *La estrella de la Redención* (trad. de M. García-Baró). Salamanca: Sígueme.
- ROSENZWEIG, F. (1926). *Zweistromland (Tierra de doble corriente)*.
- SABAN, MJ. (1994). *Las raíces judías del cristianismo*. Buenos Aires: Beas.
- SABAN, MJ. (2005). *El judaísmo de san Pablo*. Ed. Autores editores.
- YERUSHALMI, Y.H. (1991/1996). *El Moisés de Freud. Judaísmo terminable e interminable*. Tradicción de Pons, H. Buenos Aires: Nueva Visión.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com