

APOYANDO EL CAMBIO PSÍQUICO: BETTY JOSEPH^{1, 2}

Michael Feldman

James Strachey (1934) escribió su magistral trabajo sobre la acción terapéutica del psicoanálisis en un momento en que ya se habían establecido muchas de las ideas fundamentales de Freud, y estaba surgiendo el posterior trabajo de investigación de Klein. Strachey cita el pasaje de las lecturas introductorias de Freud (publicadas en 1917) donde sugiere que el cambio psíquico:

es posibilitado por un cambio en el yo, que se consuma bajo la influencia de la sugestión médica. Mediante el trabajo de interpretación, que traspone lo inconciente en conciente, el yo es engrosado a expensas de eso inconciente; por obra de la enseñanza, se reconcilia con la libido y se inclina a concederle alguna satisfacción, y su horror ante los reclamos de la libido se reduce... Mientras más coincidan los procesos del tratamiento con esta descripción ideal, tanto mayor será el éxito de la terapia psicoanalítica.

(Freud, 1917, p. 455)

¹ Este artículo de Michael Feldman pertenece al libro IN PURSUIT OF PSYCHIC CHANGE – THE BETTY JOSEPH WORKSHOP (2004), editado por Edith Hargreaves y Arturo Varchevker, Hove y Nueva York, Brunner-Routledge. La revista TEMAS DE PSICOANÁLISIS tiene un permison no exclusivo de Paterson Marsh Ltd., en nombre del propietario del copyright, para la reproducción electrónica de este trabajo.

TEMAS DE PSICOANÁLISIS quiere agradecer a Charlotte Bruton, de Paterson Marsh Ltd., su ayuda para obtener este permiso, y a Michael Feldman su gentileza al aceptar la publicación y traducción del artículo. La dirección de la página Web de la editorial es: <http://www.routledgejournal.com/nlp/>

² Traducido del inglés por Mabel Silva y Sacha Cuppa.

Strachey observó que en los 17 años transcurridos desde que escribió este pasaje, Freud produjo muy poco directamente relacionado con este tema, y este poco demuestra que no había variado sus opiniones sobre los principios fundamentales involucrados.

Muchas de las posteriores formulaciones concernientes al cambio psíquico incorporan dos elementos que Freud presentó en 1917. Primero, el modelo ‘geográfico’ - la noción de un yo ampliado, o más recientemente la noción de partes del yo extraviadas que se recuperan, reincorporan. Segundo, considera el desarrollo de una relación diferente entre dos partes de la psique - el yo que acepta mejor las demandas de la libido. Sandler y Sandler (1994) formulan esto mismo de una forma más contemporánea, como sigue:

Pretendemos liberar lo que se ha convertido, durante el curso del desarrollo, en *inacceptable* en el presente, de tal forma que no es actuado sino tolerado dentro de la vida psíquica del paciente sin que tenga que defenderse de ello, al ser visto desde una perspectiva más madura y tolerante.

(Sandler y Sandler, 1994, p. 438, énfasis original)

No obstante, en 1933 Freud ofreció una formulación de las intenciones de los esfuerzos terapéuticos del psicoanálisis que encuentro sutilmente diferente, más sólida y más interesante. Dijo que “En efecto, su propósito es fortalecer al yo, hacerlo más independiente del superyó, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización”, aunque añadió que esto era “de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello” (Freud, 1933, p. 80). Freud (1937) volvió a algunos de estos temas en “Análisis terminable e interminable”. Estaba interesado principalmente en aquellos factores que influían en el éxito o fracaso del tratamiento analítico, e identificó los efectos del trauma y el rol de la fuerza constitucional de los instintos. También argumentó que el resultado del tratamiento dependía de hasta qué punto el yo de la persona en tratamiento era capaz de formar una alianza co-

operativa con el analista, para dominar partes de su ello que no están controladas – esto es, para incluirlas en la síntesis de su yo. En una descripción esquemática del proceso de tratamiento, se refirió al trabajo terapéutico que oscila constantemente hacia atrás y hacia delante como un péndulo, entre un trozo de análisis del ello y un trozo de análisis del yo. En el primer caso queremos hacer consciente algo del ello, en el segundo queremos corregir algo en el yo. Finalmente, como es bien sabido, en este trabajo aborda el hecho de que durante el transcurso del trabajo de análisis, uno puede reconocer “una fuerza que se defiende por todos los medios contra la curación y a toda costa quiere aferrarse a la enfermedad y al padecimiento” (Freud, 1937, p. 238). Freud concluyó que el fenómeno del masoquismo, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpa proporcionan indicios inequívocos de la presencia de un poder en la vida mental que podría describirse como el instinto de destrucción.

Volviendo por un momento al trabajo de Strachey (1934), el tema que plantea es que en contraste al fértil y poderoso modelo del aparato mental, la comprensión de las neurosis, las defensas y las resistencias que se había desarrollado, las descripciones explicativas o teorías relativas al proceso en sí del cambio terapéutico y cómo las intervenciones del analista pueden promover este cambio parecían limitadas y poco satisfactorias. Entonces intentó abordar algunos de estos temas cruciales él mismo - ¿qué tipos de interpretaciones promueven el cambio psíquico, a través de qué mecanismos operan, cuál es su impacto en el paciente, y qué dificultades tiene el analista al hacer estas intervenciones mutativas? En el modelo que propuso, no únicamente reconoció el modo en que el analista es identificado con elementos del objeto arcaico que se proyectan en él, sino que también sugirió que el cambio terapéutico se produce cuando el paciente puede re-introyectar el superyó arcaico, modificado por la comprensión del analista.

Me quiero centrar en el aspecto del trabajo de Joseph (1989) que enlaza directamente con esta fascinante, difícil e importante tradición. Su pensamiento incorpora claramente el modelo teórico y clínico que Klein desarrolló, elaborado y enriquecido por Rosenfeld, Segal y Bion. Su sobresaliente contribución yace en su

capacidad de concentrarse de forma sensible y reflexiva en temas clínicos y técnicos refinados. Por tanto, enraizado en el trabajo de Joseph hay una teoría compleja y sutil del cambio psíquico, que me propongo explorar.

En un ejemplo reciente de su trabajo que voy a examinar con cierto detalle, Joseph elabora su comprensión de estos impulsos hacia o contra el desarrollo, mediante su estudio del uso que la paciente hace del analista y de sus interpretaciones por un lado, y de sus propias capacidades mentales, por el otro. Estas capacidades a veces se utilizan constructivamente, pero la paciente también hará un mal uso, de forma defensiva, de la comprensión – para atacarse a sí misma o a sus objetos, para crear una falsa conformidad o colusión, o para avivar una excitación sadomasoquista. Joseph ilustra la importancia de atender no solamente al contenido simbólico de las comunicaciones del paciente, sino también al tono, la atmósfera que se crea y las respuestas evocadas en el analista. El paciente no sólo utiliza la proyección en el analista en la fantasía, sino que también usa el lenguaje y el comportamiento no-verbal para lograr un efecto real en el analista, que puede verse atrapado en diferentes puestas en escena defensivas. Al prestar atención detallada a estos procesos en los pacientes, y a la interacción entre ambos, el analista puede empezar a encontrar un sentido a la forma en que los pacientes están utilizando su propia mente y las interpretaciones del analista. Joseph se refiere a la forma en que el analista puede, por tanto, con el tiempo, construir un cuadro del mundo interno de los pacientes. Lo que quisiera destacar es el hecho que enraizada en la comprensión de Joseph de estos procesos, y en el uso que ella hace de esta comprensión, yace una compleja y sutil teoría del cambio psíquico.

En un trabajo sin publicar, “La búsqueda de insight y el cambio psíquico”, Joseph (1997) comienza con el dictamen de Freud “Donde Ello era, Yo debo devenir”, que según ella nos lleva al centro de nuestro problema, a saber, “La estructura psíquica y sus objetos internos, y sus posibilidades de cambio”. Nuestro objetivo, dice Joseph, es facilitar que la personalidad contenga y sea responsable de más aspectos de sí misma, así ampliando el yo y modificando su estructura, y aumentar su

capacidad para pensar, para hacer la prueba de realidad, etc. Como paso para conseguir esto, enfatiza la necesidad de prestar de cerca atención a la forma en que los pacientes escuchan las interpretaciones del analista en un momento determinado, e intentar descubrir cómo las utilizan. La *manera* en que los pacientes usan la relación con el analista, y específicamente sus interpretaciones, nos proporciona una información crucial sobre las dinámicas internas de las mentes de nuestros pacientes. Debemos seguir no sólo lo que le sucede a la interpretación en sí, sino también lo que le ha sucedido a aquella parte la personalidad que, aunque brevemente, puede haber tenido insight. ¿Queda, por ejemplo, engullida o atacada por otra parte; despierta demasiada ansiedad; se escinde y proyecta dentro del analista?

Esta perspectiva lleva a Joseph a concentrar no solamente sus observaciones sino también sus interpretaciones en la forma en que los pacientes utilizan su propia mente, su propia comprensión e insight, en cómo han vivido una interpretación, y qué han hecho con ella. Resalta la importancia de centrar estas observaciones en las manifestaciones de estos procesos en las interacciones detalladas de la sesión, evitando generalmente interpretaciones que hagan referencia a fenómenos que no son inmediatamente accesibles al paciente. También cree que es importante evitar añadir formulaciones explicativas o causales a la interpretación antes de que el paciente sea capaz de reconocer aquello que se está intentando explicar.

La teoría de la identificación proyectiva implícita en esta perspectiva ha sido elaborada por Rosenfeld, Segal y otros, y Bion ha descrito su modelo de la forma en que las proyecciones del paciente son recibidas y modificadas por la capacidad del analista de tolerar y eventualmente comprender sus contenidos. A pesar de que Joseph también enfatiza la necesidad de que el analista sea capaz de hacer frente a períodos de angustia, incertidumbre y no-comprensión, una de sus contribuciones distintivas ha sido la de reconocer la forma en que las proyecciones del paciente constituyen una constante presión hacia la puesta en escena por parte del analista en la sesión. Su reconocimiento de la presencia de esta fuerza y de la forma en que afecta al analista en la sesión, le lleva también a centrarse muy atentamente en la

experiencia del analista y en las complejas interacciones que suceden de momento a momento, que son una fuente importante de comprensión del mundo interno del paciente, así como la base de las interpretaciones de tales procesos, que el analista espera proporcionaran un mayor insight y cambio psíquico.

Este es pues parte del proceso que Joseph describe de “ampliación del yo”, aumento de su capacidad para pensar, ejercer la prueba de realidad, etc. Argumenta que esto se produce en parte a través de ayudar a los pacientes a internalizar y a identificarse con las funciones pensantes y continentes del analista, y con su capacidad de enfrentarse a la realidad, de forma que los pacientes sean capaces de observar e interesarse más en los funcionamientos de su propia mente. Esto viene facilitado por los esfuerzos continuos del analista por clarificar y formular la experiencia que de hecho está disponible para los pacientes en ese momento, y que pueden identificar y reconocer. Tal clarificación puede, por supuesto, implicar el reconocimiento de mecanismos que interfieren en la comprensión. Es necesario repasar a menudo este proceso repetidamente, teniendo en cuenta la naturaleza de las respuestas del paciente a las intervenciones del analista, para que el analista pueda clarificar y refinar la comprensión de la situación tanto para él o ella misma como para el paciente. Joseph sostiene que sólo cuando se alcanza este vital paso descriptivo y continente, es útil pasar a la elucidación gradual de los motivos o razones, continuando sobre todo la focalización en la manera en que se expresan en la interacción en la sesión. Si el analista hace una interpretación más compleja, que incluye a la vez una descripción y una formulación explicativa, el paciente tenderá por razones defensivas a perder el contacto con la realidad de lo que está inmediatamente presente y disponible, y más bien se centrará en la ‘explicación’ ofrecida. A veces es evidente que las interpretaciones explicativas amplias prematuras se dan en parte para aliviar la ansiedad, tanto en el analista como en el paciente, ya que el intento de clarificar y entender realmente los procesos y las interacciones inmediatas impone demandas considerables para ambos.

Aunque formulaciones como agrandar o fortalecer el yo proporcionan una formulación explicativa amplia, todavía tenemos que refinar nuestra comprensión de la forma en que la comprensión y clarificación del analista contribuyen al proceso terapéutico. Nos encontramos, claro está, con pacientes que parecen ser capaces de observar el funcionamiento de su propia mentes (así como la del analista) de un modo que no es provechoso. En estos casos encontramos que la motivación para esta observación es en primer lugar envidiosa o de rivalidad, para demostrar superioridad y defenderse de cualquier dependencia. Por lo tanto, aunque pueda haber una comprensión parcial, también hay una poderosa puesta en escena de un proceso omnipotente y narcisista que es hostil a cualquier interacción constructiva. Por lo contrario, el rol del analista en este proceso es atacado, devaluado o ignorado. Debe por tanto haber otros aspectos de la identificación introyectiva que verdaderamente contribuyen a la “ampliación del yo”, la capacidad para tolerar la angustia y el conflicto, etc. Espero que la discusión más detallada del material clínico que sigue pueda aclarar algo estos temas difíciles.

Nosotros suponemos que la experiencia que tiene el paciente del analista y de sus interpretaciones evoca una fantasía inconsciente en el paciente, basada en una relación de objeto arcaica. A pesar de que el analista pueda saber esto teóricamente, a menudo es difícil reconocer la fantasía particular evocada en el paciente en un momento determinado de la sesión. Por el contrario, la forma en que el analista se dirige al paciente está influenciada por las suposiciones del analista respecto al estado mental del paciente en ese momento. Estas suposiciones están, naturalmente, sujetas a distorsiones basadas en las limitaciones de la comprensión del analista y la forma en que las proyecciones del paciente resuenan con ansiedades y necesidades inconscientes. Sin embargo, si el analista consigue prestar mucha atención a las respuestas del paciente a su intervención, estas pueden alertar al analista de la naturaleza de la relación de objeto que de hecho está viva y presente, de la fantasía inconsciente que incorpora y del significado que la intervención ha tenido para el paciente. Esto entonces puede capacitar al analista (en ese momento o

posteriormente) para concentrarse más directamente en las fantasías actuales y experiencia del paciente, que podrán ser tenidas en cuenta en posteriores interpretaciones.

Para dar un breve ejemplo mío, un paciente que había estado faltando a algunas sesiones y llegando tarde a otras, empezó una sesión hablando de modo fluido y asertivo, insistiendo en que el hecho de haber faltado a sesiones *no* era un ataque al análisis. *Él* pensaba que era una expresión de sus necesidades y problemas, que luego pasó a ampliar de un modo ya conocido. Después de una pausa, dijo que no quería hacer nada de lo que se suponía tenía que hacer, incluyendo un importante proyecto en el trabajo. En parte lo consideró como una buena señal: esperaba ser menos obediente y que una sana rebeldía estaba emergiendo. Más tarde en la sesión dijo que él y su novia habían empezado a comer alimentos saludables especiales, y habían comenzado a hacer Tai-Chi. Realmente se sentía muy sano en ese momento, y en efecto parecía vigoroso y despierto.

El paciente, por tanto, se presenta como una persona sana y vigorosa, con su propia comprensión de la naturaleza de sus problemas y sus propios métodos de tratamiento. Aunque aludió a necesidades y problemas, y reconocí elementos de mis propias formulaciones en sus explicaciones, parecía no estar en contacto con ellas, ni sentir incomodidad, culpa o preocupación por sus retrasos y las sesiones perdidas. A partir de mi conocimiento de la propensión del paciente a identificarse con sus objetos y tomar posesión de ellos, junto con el modo en que se estaba comportando en esta sesión, intenté describir la situación, en particular el modo en que parecía haber asumido el papel y las funciones del analista. El paciente inmediatamente manifestó su desacuerdo con cierta vehemencia. Dijo que al contrario, que sentía que estaba hablando por sí mismo, expresando sus propias opiniones, cosa que a menudo encuentra difícil hacer, y se sentía contento al respecto.

Lo que se hizo evidente era que el paciente no había vivido mi intervención como una descripción o interpretación que le permitiera reconocer o entender algo más sobre su propia mente y la forma en que funcionaba, o como una base para

fomentar la exploración o clarificación. Por tanto, la interpretación no le proporcionó nada que pudiese usar para pensar con o sobre ello. Al contrario, entendió la intervención principalmente como la expresión de una relación de objeto que encarna sus experiencias arcaicas, a la que respondió de un modo característico. Asumió que el analista estaba intentando minar su confianza y salud, y que quería un paciente obediente y dependiente. Yo era consciente de la sensación que tenía este paciente de tener una personalidad insustancial, y lo proclive que era tanto a usar como a sufrir invasiones intrusivas y seductoras. En esta ocasión no registré adecuadamente el significado de su énfasis en lo que *él* pensaba, en cómo *él* entendía la situación, y su preocupación por ser menos condescendiente. Mi interpretación, y la fantasía inconsciente que evocó, fue evidentemente sentida como una amenaza de robo de este logro y afirmar que meramente había asumido mi rol y función. Él creía que mi propósito principal al hablarle era intentar reclamar las funciones que me habían sido robadas, revertir la situación, y reducirle a una figura patética y dependiente. Su única forma de contrarrestar esto era como siempre la de hacerse valer de forma contrariada y argumentativa, demostrando el fracaso y la inadecuación de mi intervención.

En este ejemplo, además de mi intento consciente de una explicación descriptiva, también pude haber sentido la necesidad de afirmarme de un modo al que el paciente era muy sensible, y al que inmediatamente respondió. A menudo tan sólo parece posible reconocer y entender estas complejas interacciones después de haber sido empujados a tales malentendidos, o puestas en escena. El trabajo de Joseph nos ha ayudado a ponernos sobre aviso de estas situaciones recurrentes, de la necesidad de reconocerlas y recuperarnos de ellas, y en su debido momento mostrarle al paciente algunos aspectos que podemos empezar a reconocer de lo que ha estado sucediendo. Así, cuando pude darme cuenta de aquello a lo que no había prestado la atención adecuada, y del grado en que de hecho podía haberme sentido empujado a intentar reafirmar mi rol, a lo mejor podría proporcionarle al paciente una descripción más atinada de su experiencia, e interpretarle el modo en que había

percibido mi respuesta. Es más, si hubiese comprendido suficientemente las respuestas que el paciente había evocado en mí, y hubiese considerado quizá por qué podía necesitar evocar estas respuestas, quizá también habría podido hacer una interpretación con una menor necesidad inconscientemente de afirmarme a mí mismo.

Uno de los propósitos fundamentales que Joseph articula es el de capacitar al paciente cada vez más a oír nuestras interpretaciones como interpretaciones, como la comunicación de comprensión. Esto comporta la disminución en el grado y la fuerza de la identificación proyectiva que el paciente necesita emplear, como ha descrito Segal (1957, 1977), para que las interpretaciones puedan adquirir un nuevo significado simbólico y no se vivan fundamentalmente como manifestaciones concretas de relaciones de objeto más tempranas. La cuestión crucial que Joseph intenta tratar es cómo podemos conseguir este propósito. Una forma conocida de incrementar las capacidades y funciones del yo es, ciertamente, hacer interpretaciones que intenten demostrar los vínculos (inconscientes) entre las respuestas del paciente al analista y sus relaciones de objeto tempranas. Pienso que Joseph ha llegado a creer que aunque el reconocimiento y la comprensión del analista de tales vínculos en su contexto histórico más amplio es crucial, es más valioso terapéuticamente centrarse en la *expresión* detallada de estas fantasías subyacentes en la sesión analítica. Estas se expresan en el modo en que el paciente vive y usa al analista, por un lado, y las respuestas conscientes e inconscientes que se evocan en él, lo que se ve empujado a sentir y actuar, por el otro.

En el trabajo no publicado al que me he referido, Joseph (1997) describe la primera fase del análisis de una chica adolescente, que vino al análisis con un sentimiento impreciso de insatisfacción con su vida, falta de confianza e incertidumbre respecto a lo que quería hacer en el futuro. Llegó a reconocer, con una sensación de sobresalto, que en realidad casi no tenía ningún interés ni en su trabajo ni en su vida externa, y que de alguna manera era diferente de las demás chicas de su colegio. Se había por tanto posibilitado que la paciente aumentara su conciencia de sí

misma, aunque de un modo muy incómodo; reconociendo la existencia de un problema en ella misma. Joseph entonces describe una sesión que tuvo lugar mientras la madre de la paciente estaba de viaje. La noche anterior la paciente había sufrido un estado de pánico por sus deberes escolares y su futuro, sintiendo que nadie la ayudaría. Cuando su padre respondió a su expresión de desesperación, la paciente le gritó que él no entendía, *ella no tenía ningún interés*, y los dos discutieron. Ella se tranquilizó, sin embargo, y le preguntó a su padre dónde estaría la familia dentro de un año más o menos. Él padre le explicó algunas posibilidades, incluyendo su preocupación por que ella estuviera ya asentada, aun cuando él y su madre posiblemente tendrían que mudarse. La paciente comentó que estaba contenta de que habían discutido, fue un descubrimiento, normalmente se produce una escena y ella se comporta como si no pudiera hacer nada al respecto, pero esta vez su padre sabía que ella estaba creando un drama. La intervención interpretativa inicial de Joseph se centró en el hecho de que la paciente había reconocido, en sesiones anteriores, que este modo de crear un drama impedía que tuviera que afrontar la realidad, de sus posibilidades y capacidades reales o de sus limitaciones. La paciente respondió que era curioso, porque lo sabía, pero no sabía.

Joseph sugiere que cuando la paciente debe afrontar la ansiedad relacionada con la creciente conciencia de sus dificultades y sus implicaciones para el futuro, en vez de ser capaz de usar de modo constructivo lo que había reconocido en la sesión previa, usa su ‘insight’ en cambio como una especie de arma contra su padre (y su analista), para provocar y atacar.

Sin embargo, el padre *fue* capaz de recuperarse, y le aseguró que quería verla asentada. La paciente, a su vez, pudo calmarse, y Joseph sugiere que esto refleja la capacidad de la paciente de descubrir, y de hacer uso de un objeto interno bueno y provechoso. El corolario a esto es que si la paciente o su objeto (o ambos) son incapaces de resistirse a continuar la pelea, quizá porque es una fuente de demasiada gratificación, puede ser difícil o imposible para la paciente localizar o conectar con este objeto bueno. La otra implicación es que en algunos pacientes, desde luego, tal

objeto no existe o no puede recuperarse. Con mi propio paciente, al que me he referido anteriormente, a pesar de que sus objetos primarios parecen querer ayudar, se viven casi íntegramente como seductores e invasivos, sin ninguna comprensión real ni preocupación alguna por él. Con ese paciente, siempre que una interacción violenta o excitada era reemplazaba por una atmósfera más calmada y aparentemente más reflexiva, normalmente afloraba que esto se basaba en una complacencia y propiciación que no le fortalecía, sino que confirma su desesperación.

Con la paciente de Joseph, en cambio, ella señala como a medida que la paciente habla parece ser capaz de relacionarse con un objeto, su padre, y su analista, que puede escuchar y tolerar su arrebató. Este redescubrimiento de un buen objeto interno sirve a su vez para fortalecer su yo, ‘la parte pensante de su personalidad’, que lleva a otro breve movimiento en la sesión. Más tarde en la sesión encontramos otro ejemplo, cuando la paciente dijo que se daba cuenta de que le gustaba que su abuela se compadeciera de ella por tener que acudir al análisis. Cuando su abuela le preguntaba por qué iba *cuatro* veces por semana a analizarse, la paciente se retrataba a sí misma diciendo, de un modo bastante insípido, “Bueno, tengo mucho que resolver”. Joseph describe la forma en que el tono y el talante que adopta la paciente en la sesión sirven para negar y proyectar en el analista el conocimiento de que quiere ayuda, que tiene mucho que resolver y necesita para ello mucho tiempo de análisis. Por tanto, una vez más, no usa el insight que había ganado para fomentar su conocimiento y comprensión, sino de un modo activo para provocar y atacar, aparentemente quedando en un estado más bien imperturbable e indiferente.

En su trabajo, Joseph repetidamente dirige nuestra atención a la importancia de que el analista sea sensible tanto al tono y al modo como a los contenidos de la comunicación, y que tenga conciencia de las respuestas que evocan en el analista. Cuando la paciente, por ejemplo, luego dice, “Supongo que debería sentir que usted es importante y que soy afortunada al venir, debería valorarlo, pero siento que es una carga”, y entonces describe una amiga de la escuela que tiene *devoción* por su terapeuta, el analista puede verse empujado a creer que la paciente alberga un insight

verdadero, un arrepentimiento real sobre algún modo de responder que falta en ella. Alternativamente, desde luego, el analista puede sentirse dudoso de la realidad del insight de la paciente, o puede sentirse burlado y provocado por su forma de hablar. En cualquier caso, la comprensión del analista de la situación quedará temporalmente limitada o distorsionada. Así, mientras que la proyección de la paciente de su incómoda conciencia de sus necesidades puede tener lugar sólo en la fantasía, el modo en que Joseph atiende a las comunicaciones de la paciente nos permite seguir los *medios* por los cuales, por ejemplo, la preocupación real es proyectada en el analista y rechazada o ridiculizada, engendrando en el analista una experiencia de frustración y exasperación. Joseph sugiere además que, “Llegados a este punto, el insight, la capacidad de valorar no solamente es negada y proyectada; es utilizada de un modo perverso contra el insight real y contra mí”.

Cerca del final de la sesión la paciente trajo un sueño en el que ella y su padre tenían que ir a una cena organizada en la escuela, pero su padre dijo que sentían no poder asistir. La profesora se enfadó y se puso mandona, pero cuando le explicaron que tenían un compromiso previo dijo que estaba de acuerdo. En su comentario del sueño, Joseph sugiere que hay indicaciones del insight de la paciente en varios temas que están relacionados entre sí: la existencia de la pareja parental, representada por el padre y la profesora, o la analista, que se juntan para compartir una comida, o para compartir algo de comprensión. Hay cierto reconocimiento del valor de la comida que está disponible, y quizá ciertos indicios de su propia rivalidad, celos y envidia. Uno puede entonces seguir algunos de los mecanismos que protegen a la paciente de su incómoda conciencia de estos temas. Primero, la proyección de la parte de ella que desea o valora en la profesora/analista, que se enfada y se pone mandona cuando lo que ofrece es rechazado, y que ha de ser aplacada por la paciente y su padre, que ahora se han convertido en la pareja central. La paciente parece haber manejado cualquier ansiedad y culpa por rechazar lo que la madre le ofrece, y de tomar posesión del padre, mediante una mezcla de proyección y apaciguamiento complaciente, que Joseph entonces pasa a investigar más.

Mientras que Joseph evidentemente tiene un modelo en su mente, tanto de las dificultades de la paciente en su relación con el pecho y con la pareja edípica, es importante destacar que en este momento no describe ninguna interpretación de las fantasías edípicas subyacentes. Espero volver a esta cuestión. Está relacionado con la suposición de Joseph de que el cambio psíquico real tiene mayor probabilidad de promoverse a través de la descripción detallada de cómo la paciente está usando al analista, usando las interpretaciones, o usando su propia mente en una sesión determinada, y *entonces* pasar al análisis de la forma en que la historia de la paciente y sus fantasías inconscientes se expresan en la inmediatez de los procesos e interacciones en la sesión. Aunque formular enlaces más explícitos, por ejemplo, a la relación de la paciente con sus objetos primarios podría parecer que es un método alternativo de ‘ampliar el yo’, y que tales formulaciones siguen teniendo una importancia fundamental en el pensamiento del analista, Joseph nos previene de que las interpretaciones en esta línea pueden representar una sutil forma de puesta en escena defensiva por parte del analista. Si este es el caso, estas intervenciones tendrán tendencia a ser usadas por el paciente con finalidades defensivas, en vez de facilitar el cambio psíquico real.

En su análisis del sueño de la paciente, Joseph describe la importancia central para esta paciente de una forma de complacencia como defensa frente al insight. Había señalado a la paciente que en el momento en que hacía una interpretación, la paciente inmediatamente se sentía criticada. Supongo que el motivo de hacer esta observación es el de invitar a la paciente a reconocer el hecho, y empezar a explorar las razones de las percepciones y distorsiones que podían haber llevado a esto. La paciente respondió a su comentario asintiendo, y dando un ejemplo similar relacionado con una profesora. Joseph observa:

Para cuando acabó la descripción, cualquier interés en su propio disgusto o el de la profesora o en mi presunta crítica había desaparecido, y su preocupación

principal parecía ser la de confirmar mi interpretación y luego dar más ejemplos para demostrar cuanta razón yo tenía.

La analista interpretó que podían ver como cuando surgía un conflicto ella tendía a aceptar el punto de vista de la persona con quien estaba en ese momento, encajando con cada una. La paciente respondió a esta interpretación con un acuerdo inmediato, y dio ejemplos de como hacía exactamente eso con su abuela. La analista mostró a la paciente como esto se presentaba una vez más, como si para estar en un acuerdo perfecto con ella, coincidiendo hasta que ambas estuvieran ‘mentalmente mano a mano’.

Joseph ilustra con varios ejemplos la forma en que la paciente a menudo respondía a determinadas ansiedades o perturbaciones replegándose justamente de este modo, intentando llevar a su objeto a un estado de total concordancia, donde hay poca diferenciación entre ella misma y su objeto. ‘Cualquier contacto con el insight y la comprensión parece perderse, pero está más que perdido, de hecho está aniquilado, y entonces no puede usar su mente de forma apropiada, se “vuelve tonta” pero se siente segura’. Si el analista es capaz de reconocer el proceso que está teniendo lugar, sin verse atraído hacia un acuerdo colusivo, e intenta hablar de ello, la paciente no se siente necesariamente comprendida ni apoyada. Por el contrario, puede sentir la no-complacencia del analista como una amenaza a su equilibrio.

Me gustaría volver al asunto que he tratado antes, a saber, el uso que hace el analista de su comprensión de las fantasías inconscientes subyacentes y sus orígenes en la historia del paciente, usando el material citado anteriormente para ilustrar los temas. Cuando Joseph describe la tendencia de la paciente a acoplarse, para intentar crear la ilusión de un acuerdo perfecto, uno puede ver el modo en que esto puede proteger a la paciente frente a ciertos tipos de ansiedad, conflicto y culpa, pero ¿deberíamos también considerar las fantasías ‘subyacentes’ – las deseadas o las temidas? Por ejemplo, ¿la fantasía de un acuerdo perfecto es una manifestación de triunfo edípico sobre el progenitor excluido, o sobre el mismo analista? ¿Representa

una negación de las diferencias, una defensa contra la envidia? O es una defensa contra la fantasía de algunas consecuencias catastróficas - en relación con su madre (que estaba ausente), su padre o el analista? ¿Cuán útil es explorar estas fantasías subyacentes de forma explícita con el paciente? Pienso que estas, y otras posibilidades, forman parte del marco del modelo conceptual de Joseph, pero ella ha argumentado que es importante para los analistas mantenerlas en la parte posterior de la mente, no dejar que se entrometan, pues pueden interferir en su capacidad de estar abiertos al impacto y significado de lo que está sucediendo en la sesión. Pienso que ella cree que a menudo hacemos interpretaciones relacionadas con la historia de nuestros pacientes, con sus motivos más amplios, y las fantasías subyacentes prematuramente, respondiendo defensivamente a las ansiedades que inevitablemente se remueven en el analista, en un intento de 'dar sentido' a lo que está pasando. (Creo que este es un tema similar al tratado por Bion (1967) en sus comentarios sobre memoria y deseo). Pienso que ella también cree que los intentos de formular estas interpretaciones son a menudo prematuros desde el punto de vista del *paciente*, y pueden reforzar su estructura defensiva. Debe decirse, sin embargo, que es difícil encontrar el equilibrio entre el reconocimiento del potencial de las interpretaciones para ser utilizadas defensivamente por los analistas y los pacientes, y la situación en que los analistas posiblemente pueden evitar hacer interpretaciones más directas relacionadas con las fantasías subyacentes de sus pacientes, o en respuesta a sus propias ansiedades, o de las ansiedades de las que se dan cuenta consciente o inconscientemente en sus pacientes.

Las fantasías a las que sí se refiere Joseph están estrechamente relacionadas con los procesos que se pueden observar en la sesión - en particular, las dificultades de la paciente con la diferenciación mental y la separación. A pesar de que hay atisbos del interés de la paciente por desarrollarse, y su deseo constructivo de cambio, las ansiedades que se despiertan cuando su equilibrio se ve amenazado llevan al resurgimiento de mecanismos defensivos primitivos. Por ejemplo, la paciente se sentía incómoda en relación a un primo suyo y sentía presión para adoptar la ropa y

las maneras propias de una mujer joven. Esto suponía un desafío a su forma habitual de sentirse cómoda, con una camisa y unos pantalones cortos viejos de su padre. Las ansiedades suscitadas por la situación con el joven hombre, y las fantasías que se evocaron, incrementaron el impulso a entrar en e identificarse con un objeto familiar y cómodo.

La opinión de Joseph de las ansiedades y defensas actuales de la paciente se ve enriquecida por su reconstrucción de los procesos infantiles tempranos que parcialmente recapitulan. Sugiere que el patrón de respuestas a la amenaza de pérdida o cambio que observó en la sesión puede haber sido expresado por el bebé que se aferra desesperadamente al pecho, o que se identifica totalmente con el pecho. De esta manera tiene gran dificultad en poder obtener alimento de un objeto al que se reconoce como separado, que le permite desarrollar un sentido de estructura y significado, y se encuentra a sí misma en un estado de confusión.

Este artículo de Joseph (1997) sirve para ilustrar el foco particular de su trabajo, y la teoría implícita del cambio psíquico que contiene. Mientras tiene en cuenta el material relativo a la vida actual de la paciente, y hace inferencias en lo referente a las experiencias tempranas infantiles y de la niñez de la paciente, su orientación es principalmente hacia el patrón de ansiedades y defensas que se destacan en cualquier momento de la sesión. Por ejemplo, la comunicación de la paciente acerca de su inclinación a ponerse los pantalones cortos, viejos y cómodos de su padre, especialmente cuando se sintió amenazada por la presión a desarrollarse, facilita en la analista el reconocimiento de la propensión de la paciente a acomodarse en las palabras de la analista, o en su mente, en lugar de tener que afrontar el estrés de relacionarse con la analista como una figura separada, que intenta pensar y comprender.

El trabajo de Joseph, y de un número de colegas, está extendiendo y desarrollando la conocida pero profunda formulación de Freud sobre la transferencia:

Esta lucha entre médico y paciente, entre intelecto y vida pulsional, entre discernir y querer ‘actuar’, se desenvuelve casi exclusivamente en torno de los fenómenos transferenciales. Es en este campo donde debe obtenerse la victoria...

Continúa diciendo que los fenómenos de la transferencia

nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*.

(Freud, 1912, p. 108)

Mientras que Joseph continúa muy preocupada por la lucha entre paciente y analista, y entre la comprensión y la búsqueda de actuación, extiende su foco más allá de los ‘impulsos eróticos’ de los pacientes. Enfatiza la oportunidad exclusiva que tiene el analista de entender no únicamente las necesidades y deseos del paciente, sino también el patrón de ansiedades y defensas a través del modo en que son vividas en la sesión. Ilustra cómo puede verse esto en la forma en que su paciente usa su mente, la forma en que responde a las interpretaciones, y especialmente la forma en que necesita usar al analista. Más aún, Joseph sostiene que esto no sólo es la base más vívida y profunda para comprender al paciente, sino que también es el ámbito al que dirigir las interpretaciones con una mayor probabilidad de promover el cambio psíquico.

Parecemos ser capaces de elucidar más fácilmente las fuerzas que militan en *contra* del cambio, que de elaborar sobre las que promueven el cambio. Joseph se refiere en varias ocasiones a la importancia de que la paciente redescubra un buen objeto que existe, y que podía, durante un tiempo, ser vivido como benigno y de apoyo y ayudarla a enfrentar su realidad psíquica. No obstante, Joseph entonces elabora el punto de que, en el fondo, la paciente parecía creer que realmente no se la

toleraba, ni se la entendía ni quería, sino que en realidad era odiada por sus objetos importantes, incluyendo su analista. ‘Por lo tanto, tiene que encajar y dejarse llevar por ellos - actuar lo que ellos quieren - no creyendo en comprensión real alguna e identificándose con un objeto que ha abdicado de intentar entender y encontrarle sentido a algo’. El problema al que todos nos enfrentamos, que creo que Strachey (1934) intentaba abordar, y que Joseph (1997) explica con gran claridad, es que las intervenciones del analista probablemente sean vividas en diferentes grados como provenientes de un objeto arcaico que no brinda apoyo y no entiende. Probablemente se vivan como amenazas, intrusiones o demandas de obediencia, en vez de expresiones de preocupación real o intentos de comprensión real. Entonces provocan en la paciente las respuesta de aferrarse o las invasivas que Joseph describe, y que dan como resultado un tipo de identificación que va todavía más lejos y aniquila al analista como objeto separado de apoyo. De un modo muy análogo, la capacidad de la paciente para pensar y entender son aniquiladas por su ocupación invasiva de la mente del analista, y entonces se queda sin capacidad para responder a las interpretaciones con comprensión. La gran pregunta que creo que Strachey planteó, y que el trabajo de Joseph continúa tratando, es cómo rompemos y salimos de este círculo vicioso.

No creo que hayan respuestas fáciles, ni claras, a esto. No obstante, creo que el enfoque de Joseph nos ofrece un modelo importante. El primer punto es que dirige nuestra atención a la necesidad de darnos cuenta de las presiones sobre el analista (que surgen del paciente, y de dentro del analista) hacia formas de complacencia y actuación que apoyan o incluso refuerzan la situación patológica. Ciertos tipos de interpretación que pueden ser gratificantes o de alivio para el analista se incorporan de inmediato al sistema defensivo del paciente, o proporcionan una mayor gratificación de una fuerza perversa y destructiva.

Aunque nosotros, por conveniencia, hablemos de los objetos internos arcaicos como si fueran estructuras fijas, creo que puede ser más útil considerarlos como estructuras dinámicas cuyas cualidades y funciones se mantienen por el modo en que

son tratados, y según lo que se proyecta en ellos. Su aparente estabilidad deriva de la continuidad de las necesidades psíquicas que deben satisfacer, y de las ansiedades y defensas que generan. Si el analista es capaz de seguir con claridad suficiente lo que el paciente hace con él o ella, externamente e internamente y, por tanto, cómo el paciente ve y siente al analista, y si el analista puede compartir su comprensión con el paciente sin verse demasiado atraído a unos patrones patológicos familiares, esto puede proveer al paciente una sensación de confortación y contención. Tal sensación de contacto inmediato con un objeto comprensivo, puede a su vez disminuir la presión para mantener los objetos y relaciones de objeto patológicos arcaicos, que han demostrado ser necesarios y/o gratificantes para el paciente. A mi entender esto abre la perspectiva del cambio simultáneo en la calidad de los objetos internos del paciente, así como de cambio en la forma en que el analista es vivido. La demandas de restricción, comprensión y contención en el analista son, sin embargo, considerables y normalmente se logran de forma incompleta.

En el trabajo que he estado comentando, Joseph (1997) revela el marco teórico de su pensamiento. Habla, por ejemplo, de las partes de la personalidad de la paciente han sido proyectadas en su padre, su profesora o su analista. En otros momentos describe los intentos de la paciente de retirarse a un enclave en el cual crea una relación condescendiente paralizante con su objeto, o alternativamente las proyecciones más contundentes de su personalidad completa - expresadas al ponerse en la ropa de su padre, dentro de una identificación con un objeto que reconforta falsamente. Ella describe el paradigma infantil que subyace a la tendencia de la paciente a aferrarse desesperadamente a su objeto, o concretamente a las palabras de su objeto. Por tanto, el analista es muy consciente de algunas de las fantasías inconscientes que impregnan la sesión, y especialmente las fantasías que estos movimientos defensivos encarnan. Sin embargo, pienso que Joseph cree que a pesar de ser importante que los analistas desarrollen esta comprensión teórica y conceptual de los pacientes, de sus mundos internos y en especial de sus relaciones de objeto, esta estructura no debería entrometerse en el pensamiento del analista durante la

sesión, sino que debería permanecer de algún modo en la parte posterior de la mente del analista. Puede discutirse que esto puede llevar a que los analistas restrinjan demasiado sus interpretaciones, y quizá a no hacer uso del valor terapéutico que puede haber en la ampliación de la comprensión de los pacientes sobre sí mismos en relación con su historia, y con fantasías inconscientes estructuradas más complejas de sus objetos primarios.

La atención cercana al modo en que los pacientes funcionan dentro de la sesión, a cómo usan su propia mente y su propia experiencia, así como las intervenciones del analista, puede posibilitar al analista hacerse un cuadro de las fuerzas que hay dentro de sus pacientes y les llevan a actuar, y por tanto a percibir a sus objetos externos e internos en concordancia con sus ansiedades y necesidades arcaicas. El analista, puede, por ejemplo, darse cuenta de las presiones sobre sí mismo para ajustarse a ciertos patrones repetitivos, y de la intensa ansiedad y hostilidad que emerge si el analista no se ajusta a ellos. Si el analista es capaz de reconocer y de soportar la forma en que los pacientes actúan sobre él o ella y le reconstruyen según sus propias necesidades, y por lo tanto cómo está siendo vivido el analista, y puede hablarle al paciente de lo que está sucediendo, sin verse empujado a actuar en modos correspondientes, esto parece que proporciona al paciente con una experiencia importante de ser entendido y con una experiencia de alivio. Esto a su vez disminuye la fuerza con que las versiones arcaicas de los objetos (internos y externos) de los pacientes se han de mantener. Creo que este es un elemento esencial para conseguir el cambio psíquico, y este es el enfoque que encarna el trabajo de Joseph.

Quizá recuerden la cita de Freud (1937), donde hablaba del trabajo terapéutico constantemente oscilando hacia atrás y hacia delante como un péndulo, entre un fragmento de análisis del ello y un fragmento de análisis del yo. Muchos analistas sentirán que describe lo que pretenden conseguir en su trabajo. Joseph, sin embargo, ha desarrollado una teoría más específica y detallada de este proceso terapéutico. Primero pone énfasis en la importancia de clarificar, con el paciente, algún aspecto delimitado de su pensamiento, de su comprensión, un malentendido, el modo en que

está usando al analista. Esto debe hacerse en pequeños pasos y estar muy localizado en la experiencia presente de la sesión, y sólo es entonces cuando tiene valor terapéutico real pasar a lo que podría describirse como un fragmento de ‘análisis del ello’. Esto conlleva examinar los impulsos, deseos y motivos que llevan al paciente a funcionar del modo que acaba de describirse.

Estos esfuerzos únicamente pueden tener éxito hasta donde no impliquen, de forma significativa, que los analistas actúen su frustración, sus propias necesidades narcisistas o defensivas (incluyendo sus necesidades de curar al paciente), o la puesta en escena de algún rol requerido por parte del paciente. Se trata de demandas complejas y difíciles, que se cubren siempre en grados variables, y por periodos de tiempo también variables. Estas intervenciones, liberadas de contenidos teóricos, históricos o explicativos patentes, son muy difíciles de conseguir y de mantener, en parte porque también atemorizan al analista. Es asombroso que Strachey (1934) también se diera cuenta de esto. Escribió:

Pero detrás de esto hay, a veces, una dificultad en *dar* la interpretación, porque el analista parece tener la tentación constante de hacer cualquier otra cosa en su reemplazo. Puede efectuar preguntas, dar apoyos, aconsejar o extenderse en disertaciones teóricas, o aun realizar interpretaciones, pero que no son mutativas sino extratransferenciales, las que careciendo de proximidad son ambiguas o inexactas. Puede también dar dos o más interpretaciones alternativas, simultáneamente, o puede hacer interpretaciones mostrando al mismo tiempo su propio escepticismo respecto a ellas. Todo esto sugiere, que el realizar una interpretación mutativa constituye un hecho crucial, tanto para el analista como para el paciente, y que al hacerlo se está exponiendo a algún peligro grande.

(Strachey, 1934, 291)

Lo que estas intervenciones pretenden conseguir queda muy bien ilustrado en el trabajo de Joseph. Creo que pretende reforzar la capacidad del paciente de observar, de reconocer, y de entender, especialmente lo que sucede en su propia mente dentro del tejido de la sesión, y en la interacción del paciente con el analista. Pienso que esto es a lo que pudo referirse Freud en su conferencia de 1933 cuando habló de fortalecer el yo, ampliar su campo de percepción y aumentar su organización. Creo que este es un aspecto central de lo que Strachey procuraba conseguir con una interpretación mutativa - permitir que el paciente reconozca, piense, comprenda, y que parcialmente se libere a sí mismo del dominio de las relaciones de objeto arcaicas.

Referencias bibliográficas

Bion, W.R. (1967), "Notes on memory and desire", *The Psychoanalytical Forum*, 2: pp. 272-273, 279-280; reeditado en *Melanie Klein today: Developments in theory and practice*, núm. 2, *Mainly Practice*, E. Bott Spillius (ed.), Londres, Routledge, (1988).

Freud, S. (1917), *Introductory lectures: analytic therapy*, en *S.E.*, 15, p. 455.

Freud, S. (1933), *New introductory lectures: dissection of the personality*, en *S.E.*, 22, p. 80.

Freud, S. (1937), *Analysis terminable and interminable*, en *S.E.*, 23, pp. 209-253.

Joseph, B. (1989), *Psychic equilibrium and psychic change: Selected papers of Betty Joseph*, M. Feldman y E. Bott Spillius (eds), Londres, Routledge.

Joseph, B. (1997), “The pursuit of insight and psychic change”, trabajo presentado en la Conferencia sobre Estructura Psíquica y Cambio Psíquico: Factores Terapéuticos en Psicoanálisis, University College, Londres.

Sandler, J. y Sandler, A.M. (1994), “Theoretical and technical comments on regression and anti-regression”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 75, pp. 431-439.

Segal, H. (1957), “Notes on symbol formation”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 38, pp. 391-397; reeditado en *The Work of Hanna Segal*, Nueva York, Jason Aronson, (1981).

Segal, H. (1977), “Psychoanalysis and freedom of thought”, conferencia inaugural, Freud Memorial Professor Visitante de Psicoanálisis, University College, Londres, 1977-1978, publicado por H.K. Lewis, Londres; también en *The Work of Hanna Segal*, Nueva York, Jason Aronson, (1981); reeditado en rústica, Londres: Free Association Books, (1986).

Strachey, J. (1934), “The nature of the therapeutic action of psychoanalysis” *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 15, pp. 127-159; Reeditado en *International Journal of psychoanalysis*, núm. 50, pp. 275-291, (1969).