

EL TRABAJO DEL ANALISTA FRENTE AL DEFECTO
Y FRENTE AL CONFLICTO

Salvador Adroer y Joan Coderch*

Sabemos que, desde Freud, la problemática psicoanalítica se halla basada en el conflicto. Cuando Breuer y Freud describieron sus primeros casos de pacientes histéricas, hablaban de que la causa patógena se debía a la existencia de traumas que no podían aflorar, y eran necesarias la abreacción y la correspondiente catarsis para alcanzar la curación. Vemos, pues, que, desde el primer momento, la causa de la enfermedad era, para Freud, el conflicto. Más adelante fue descubriendo, como premisas fundamentales de su teoría, la lucha entre las diversas instancias psíquicas (yo-ello, yo-superyo, pulsiones de vida-pulsiones de muerte, etc.), así como también el conflicto entre el yo y la realidad externa. Los conceptos de represión y complejo de Edipo, que Freud consideró como piedras angulares de la teoría psicoanalítica, son ejemplos paradigmáticos de la primacía del conflicto, siempre presente en la obra de Freud.

La noción de conflicto se halla muy unida a la teoría pulsional, debido principalmente al hecho de que las pulsiones se encuentran, muy frecuentemente, en desacuerdo con las exigencias del superyo y de la realidad externa, lo cual obliga al yo a emplear sus defensas para reprimir las pulsiones, disociarlas, negarlas, etc.

En el sentido que estamos comentando, la obra de A. Freud (1936), repre-

* Sociedad Española de Psicoanálisis.

sentó un notable avance, por su detenido estudio del funcionamiento del yo y de las defensas que éste pone en juego para enfrentarse al conflicto, tanto intrapsíquico como con la realidad externa. Desde esta perspectiva, su importancia radica en que, sin olvidar el papel primordial de las pulsiones, centra la investigación en el área del yo. Más adelante, H. Hartmann dio un empuje definitivo al estudio de la psicología del yo (1939, 1964).

El desarrollo de la teoría de las relaciones objetales (Fairbairn, Guntrip, Klein, Winnicott, etc.), abrió nuevos horizontes a la teoría, la clínica y la investigación psicoanalíticas. Con esto no pretendemos decir que la teoría basada en el modelo impulso-conflicto-defensa no conceda importancia al apoyo que presta el objeto, y al trauma que representa la pérdida del amor de este objeto (Freud, 1930, 1933). Pero la diferencia radica en que toda la teoría de las relaciones objetales gira alrededor de la relación sujeto-objeto, subrayando la transcendencia de las cualidades de éste. En ella no se insiste tanto en la necesidad de la descarga de la pulsión, sino en la manera como el objeto puede recibir esta pulsión contenerla y metabolizarla, procesos éstos que dependen, en gran parte, de las características del objeto, tales como la estabilidad, la tolerancia, la bondad, la capacidad de soportar la frustración y la ansiedad, etc.

En los últimos años se ha añadido, al estudio de las relaciones objetales, la investigación de la patología del «self», estableciéndose una distinción, tanto desde el punto de vista de la psicopatología como de la técnica, entre los conflictos intrapsíquicos, propios de las «neurosis», y los denominados defectos del desarrollo, defectos del «self», o defectos estructurales, los cuales se presentan en la clínica como personalidades «borderline», trastornos graves del carácter, perversiones, psicosis, etc. (Balint, M., 1968; Gedo, J.E., 1981; Goldberg, A., 1978; Kernberg, O., 1975, 1976, 1984; Kohut, H., 1971, 1977; Stolorow, R.D. y Lachmann, F.M., 1980, etc.) Gran parte de los trabajos que se ocupan de estos problemas quedan incluidos dentro de la corriente de pensamiento psicoanalítico denominada psicología del «self».

Cuando los autores hablan de defecto estructural o del «self» se refieren, predominantemente, a una falta de cohesión y deficiente funcionamiento de este último, debido a un trastorno en la relación con el primer objeto externo, es decir, la madre (área interpsíquica). Los investigadores que hablan de conflicto, describen colisiones y luchas entre distintas partes del «self», p.e., entre el yo y el ello (área intrapsíquica), aunque también, a veces, pugnas entre el «self» y la realidad externa (área interpsíquica). En este último caso, y a diferencia de lo que acabamos de decir respecto a la génesis del defecto, interviene en el conflicto, además del bebé y del primer objeto (la madre), el segundo objeto (generalmente el padre), el cual separa al niño del primer objeto, con lo que entramos ya en la patología edípica triangular.

Los trastornos relacionales que dan origen al defecto del «self» tienen lugar en etapas muy tempranas del desarrollo psíquico, en las cuales el bebé se siente fusionado con el objeto, como si éste fuera una parte de sí mismo. Kohut (1971) da el nombre de selfobjeto, al objeto que no puede ser experimentado como separado e independiente del «self». Si en etapas muy primitivas tiene lugar una perturbación grave en la relación sujeto-objeto, especialmente una separación brusca y prolongada, el bebé tiene la sensación de que ha perdido una parte de sí mismo. Cohen y Kinston (1983), diferencian entre necesidad y deseo. Piensan que, en primer lugar, está la necesidad, y que el deseo aparece cuando se satisface esta última. Además, la satisfacción de las necesidades es imprescindible para el desarrollo de la estructura psíquica. La no saciedad de la necesidad da lugar a una estructura psíquica defectuosa, según palabras de estos autores, a un «agujero» en el «self», hablando metafóricamente. En el mismo sentido Balint (1968), se refiere a una «falla básica», originada por una discrepancia entre las necesidades psicológicas del bebé y el aprovisionamiento por parte del medio ambiente.

Un rasgo esencial de la patología del defecto es que éste cae dentro del área narcisista, mientras que el conflicto se sitúa en la zona del Edipo. Hemos de recordar que, en la relación narcisista intervienen dos elementos: el niño y la madre. Por el contrario, en la relación edípica, triangular, participan tres elementos: el niño, la madre y el extraño (padre, hermano, etc.)

Otra diferencia esencial entre defecto y conflicto estriba en que, en el primero, hallamos una detención del desarrollo, mientras que en el segundo, lo que predomina es la regresión. En ciertos momentos la clínica puede parecer similar en estas dos vertientes de la psicopatología psicoanalítica, pero si indagamos más a fondo, podemos distinguir si se trata de que el «self» no ha desplegado ciertas funciones que le corresponden (defecto), o de si el problema consiste en que el sujeto, después de haber alcanzado un nivel de crecimiento mental determinado, ha regresado a cotas inferiores. Respecto a este tema, y aún cuando no son convenientes las afirmaciones excesivamente tajantes, la causa principal es un déficit en la función maternal, mientras que en el conflicto tienen más importancia las pulsiones agresivas que han atacado al objeto y han condicionado un deterioro del «self», y un retroceso en el progreso logrado.

Un aspecto del planteamiento «*conflicto versus defecto*» que estamos comentando reside en que, desde esta perspectiva, parece lógico considerar que los pacientes cuya psicopatología se basa en la existencia de un conflicto intrapsíquico, han de establecer unas relaciones transferenciales basadas, principalmente, en la gratificación de los impulsos frustrados, mientras que aquellos con perturbaciones fundamentadas en un defecto del «self», las ordenarán

con la finalidad de borrar este déficit interno y alcanzar la cohesión que les falta. Pero también pensamos que no es difícil aceptar que todos los pacientes, sea cual fuere su psicopatología, intentan alcanzar una mayor consistencia e integridad en la organización de su «self», aun cuando sea por diversos procedimientos, dado que la satisfacción de las pulsiones tiene un efecto vigorizador y fortalecedor del «self», mientras que las frustraciones, si son crónicas y repetidas, y si no van acompañadas de una compensación adecuada a través de las gratificaciones pertinentes, tienden a la desintegración del mismo (Eagle, M.N., 1984). Por lo demás, otra forma de plantear la cuestión es decir que la firmeza y estabilidad del «self» se halla indisolublemente unida a la resolución de los conflictos intrapsíquicos propios del desarrollo infantil.

La importancia del asunto que estamos discutiendo queda demostrada por el hecho de que numerosos autores, generalmente pertenecientes a la corriente de la psicología del «self», tales como Kohut, Goldberg, Stolorow, Lachmann, etc., piensan que la actitud del analista, ante los pacientes con una patología debida a conflictos intrapsíquicos, ha de consistir en la técnica clásica de ayudarlos a adquirir «insight», mediante la interpretación, pero juzgan que en los pacientes con defecto del «self», la interpretación de los conflictos intrapsíquicos es ineficaz, sino contraproducente. Piensan que, en estos casos, la técnica empleada ha de facilitar la recomposición del «self» a través de una relación paciente-terapeuta fundamentalmente instituida como un «holding environment», que permita la utilización del analista como un selfobjeto, y la nueva puesta en marcha del desarrollo, a partir del punto en que éste quedó detenido. Pero lo que podemos preguntarnos es cómo es posible conseguir estos objetivos sin interpretar los conflictos intrapsíquicos reproducidos en la relación paciente-analista, con las ansiedades y defensas correspondientes. Por el contrario, pensamos que el reconocimiento de los conflictos en la relación transferencial, sin olvidar la necesaria actitud de acogimiento y empatía es, en muchos momentos, el medio idóneo para fomentar la integración y solidez del «self».

Para nosotros, los conflictos intrapsíquicos y los defectos estructurales fundamentan dos distintas vertientes de la psicopatología desde la perspectiva psicoanalítica, las cuales no se excluyen entre sí, sino que se complementan mutuamente. Creemos evidente que nos referimos a defectos estructurales cuando hablamos, por ejemplo, de la parte psicótica de la personalidad, o cuando señalamos la utilización masiva de la identificación proyectiva, la incapacidad para soportar la diferenciación y separación del objeto, la intolerancia a la frustración, la desmesurada fuerza «constitucional» de las pulsiones agresivas, la falta de función alfa con explosión proyectiva de elementos beta (Bion, W.R., 1962), etc. Y nos encaramos con el conflicto intrapsíquico

cuando nos referimos al antagonismo entre las pulsiones de vida y las agresivas, a las ansiedades depresivas, al Edipo, etc. Aparte de las diversas contingencias que pueden presentarse en cada caso, también consideramos que la falta de capacidad de «reverie» por parte del objeto (Bion, W.R., *ibid.*), actúa como un trauma a partir del cual se producen fallos en el desarrollo y en la adquisición de un «self» cohesionado y sólidamente estructurado. Pensamos, pues, que no es necesario creer que existen dos clases de pacientes totalmente diferentes entre sí, sino que, como veremos en el material clínico que presentamos a continuación, conflictos intrapsíquicos y defectos del «self» se dan conjuntamente. Así, en los pacientes con las más graves alteraciones estructurales, alientan también conflictos intrapsíquicos, mientras que en los pacientes «neuróticos», los defectos estructurales contribuyen eficazmente a dañar y enturbiar un poco más las peripecias de las relaciones objetales.

A continuación presentaremos material clínico, con la intención de completar y hacer más comprensible el planteamiento teórico que acabamos de exponer.

MATERIAL CLÍNICO

Se trata de una paciente perteneciente a una familia acomodada en la cual las necesidades materiales han estado siempre bien cubiertas. Desde el punto de vista económico, los padres han sido generosos e incluso derrochadores. El padre se dedica al comercio y siempre le ha dolido no poseer estudios universitarios. Un defecto claro de los padres ha sido la dificultad en poner límites a las demandas y a ciertas formas de comportamiento de su hija. De pequeña, por ejemplo, le detectaron una escoliosis y el médico les comunicó la importancia de asistir regularmente a las sesiones de gimnasia correctiva que le prescribió, pero a la paciente le daba pereza y, a menudo, se quedaba en casa y no asistía a ellas; en la actualidad comenta, dolida, que en ninguna ocasión, los padres la riñeron por este motivo ya que la actitud de ellos era no darse cuenta de que la niña no iba al gimnasio, aunque cree que, en realidad, sufrían por ello. Ésta es una demostración de la debilidad de los padres que no se atrevieron a dar un *no* a su hija y le permitieron hacer lo que le viniera en gana. Pensamos que esta debilidad tiene su causa principal en el sentimiento de los padres de no tener recursos para dar a la hija un continente emocional en el sentido de Bion (1962), adoptando la actitud de satisfacerle todas las necesidades materiales, no poniendo ningún límite a su hija cuando ésta eludía sus responsabilidades, logrando los padres, de esta manera, no poner a prueba los propios aspectos continentes que sentían, inconscientemente, no

poseer. Según nuestra opinión, esta circunstancia es la que condiciona, fundamentalmente, la fragilidad del «self» de estos pacientes; fue precisamente esta fragilidad lo que llamó más la atención del psicoanalista en las primeras entrevistas con la paciente, es decir, la sensación de que una pequeña contrariedad podía desmontarla y de que su necesidad más imperiosa era poder experimentar la función contenedora y de aceptación por parte del analista. Creo que ello queda claro, por ejemplo, en su manera de vivir el pequeño defecto que le ha quedado de la escoliosis, pues, aunque en estos momentos tiene solamente una pequeña desviación, sólo comprobable radiológicamente, tiene la sensación de que todo el mundo se dará cuenta de ella y, a veces, en verano, no va a la playa por este motivo.

Esta paciente tiene una intensa actividad fantasiosa y está convencida, en ciertos momentos, de que llegará un día en que hará un trabajo de investigación que será muy valorada por todo el mundo (ha cursado una carrera técnica); otras veces, cuando surge alguna dificultad, se siente con muy pocas capacidades y no sirviendo para nada. Creemos que, claramente, esta actividad fantasiosa le sirve para negar la ansiedad que le despierta el contacto con la realidad, por ejemplo, hacerse cargo del valor del dinero, de lo que cuesta encontrar y mantener un trabajo estable, etc. A menudo considera como algo «prosaico y vulgar», y propio de gente mediocre, responsabilizarse de la realidad diaria; su opinión es que la «gente importante», no ha de levantarse a las 8 h. de la mañana para ir a trabajar, o preocuparse de si su economía le sirve para llegar a fin de mes (curiosamente ella no es autónoma en este área, y ha de pedir dinero a sus padres).

A continuación presentaremos, de forma resumida, dos sesiones para mostrar, mediante material clínico, las diferencias entre *defecto* y *conflicto*, y también la técnica, según nuestro criterio, para abordar esta problemática. El material refleja, en líneas generales, los principales movimientos de la sesión. La paciente lleva a cabo un tratamiento de 4 sesiones por semana; las dos sesiones que presentamos corresponden a un jueves (4.ª sesión).

Presentamos la primera sesión como demostrativa de la problemática del *defecto*.

La paciente comienza diciendo: esta noche he invitado a Isabel a cenar en casa (Isabel es una amiga íntima). He ido a comprar cosas de comer que le gustan y estoy muy ilusionada por su venida. Tengo guardado para ella un regalo que compré en Londres, pero me da miedo que no venga comunicativa, no venga de la manera que yo quiero... Carlos (amigo de estudios), que hace tiempo no veía, me ha llamado desde Valencia ciudad donde trabaja en la actualidad. Al oírle le he preguntado inmediatamente: ¿cómo te encuentras? Me ha parecido que estaba muy triste. Le he comunicado mis ganas de verle.

Hemos hablado un poco pero enseguida ha colgado el teléfono; si hubiera tenido su número le hubiese llamado. Me gustaría ir a Valencia y hacerle compañía... Hoy he salido contenta del trabajo y creo se debe a que la chica que al comienzo me molestó e hizo sufrir tanto, me ha explicado cosas de su vida, sus relaciones con el novio, etc., me ha dado muchas pruebas de calidez y todo ello me ha llenado de satisfacción. Cada día me siento mejor en el trabajo; es como si todos estuviéramos muy unidos.

Pensamos que en este material la paciente muestra, al comienzo, su necesidad de ser cuidada por el analista, necesidad que pone en su amiga, pero al mismo tiempo tiene miedo de que ésta (que representa al analista) no «venga» de la manera que la paciente desearía, es decir, tiene miedo de que el analista no sea como ella anhela, circunstancia que queda reflejada en el material con la frase «no venga de la manera que yo quiero». Este deseo nos muestra el miedo de la paciente de que surjan problemas si ella y el analista no son iguales, y que las diferencias condicionen una ruptura brusca entre ellos.

A continuación, cuando habla de Carlos, vuelve a mostrar su sentimiento de estar sola y la necesidad de sentirse acogida pero poniendo, en esta ocasión, su necesidad en Carlos; muestra también su deseo de un analista que se interese por ella ya antes de que ella comience a hablar, negando así la separación entre los dos, necesidad que queda reflejada en la frase del material: «le he preguntado inmediatamente, ¿cómo te encuentras?» En seguida vuelve sobre el mismo tema, el de la necesidad de sentirse acogida, al referirse a que su compañera de trabajo es ahora muy amiga suya y le da pruebas de calidez, cuando dice: «es como si estuviésemos muy unidas». En esta última frase vuelve a mostrar el miedo a que ella y el analista no piensen de la misma forma, ya que se le hace muy difícil tolerar la posibilidad de que ambos *no estén muy unidos*, circunstancia similar a la que acabamos de comentar respecto a la frase de la paciente: «no venga de la manera que yo quiero», refiriéndose a su amiga. En este último fragmento del material, la paciente puede aceptar la necesidad de ser cuidada, de que le den las cosas, y no ha de proyectar esta necesidad en los otros de forma tan masiva. La interpretación fue como sigue:

A: creo que Vd. al comunicarme cómo cuida a Isabel y a Carlos cuando estos se sienten solos, cómo la cuidan a usted en el trabajo, se pregunta si aquí en el análisis yo sabré cuidarla, si puedo hacerle compañía, si soy la persona adecuada para atenderla.

El analista formuló esta interpretación debido a que, contratransferencialmente, sentía que, en las asociaciones que la paciente había traído hasta este momento, el elemento común y más importante era la necesidad de ser cuidada, necesidad que en ciertos momentos proyectaba, pero siendo en otros más capaz de responsabilizarse de la misma. El analista habría podido coger otra línea inter-

pretativa, basando la interpretación en el ataque que suponía la apropiación del papel del analista por parte de la paciente, poniendo ésta su necesidad en los otros (Isabel, Carlos y, en último término, en el analista), pero creemos que una interpretación basada en los aspectos agresivos, no habría dado más confianza a la paciente sino que, al contrario, se hubiese sentido más sola, circunstancia que hubiera podido condicionar un aumento de la regresión, en vez de fortalecer su «self».

La paciente continúa: aunque sintiera que usted no me hace compañía creo que, de ninguna manera se lo podría decir, como si pensara que me contestaría irónicamente y entonces me sentiría abandonada... sí, creo que me iría sin habérselo dicho.

Nuestra opinión es que aquí aparece claramente una característica que encontramos, a menudo, en los pacientes con un defecto del «self»; es el no poder decir lo que sienten, sobre todo respecto a sus aspectos agresivos, ya que tienen la sensación de que, el analista, no podrá tolerarlo y los abandonará; no lo sienten suficientemente sólido para que pueda aceptar una crítica, y creen que el analista sólo es capaz de aceptar las cosas que ellos piensan que él considera positivas. En el material de la sesión reseñado antes, ya aparecía el sentimiento de que ella y el analista tenían que pensar de la misma manera, pero aquí trae claramente el sentimiento de que el analista no aceptará que ella sea una persona separada de él y, por tanto, pueda pensar diferente. La interpretación del analista fue en esta dirección.

A: usted no se siente aceptada tal como es y tampoco cree que yo podré aceptar lo que piensa y siente y que sólo será aceptada si se muestra como usted cree que yo quiero que sea, es decir, alguien que no me critica.

P: tengo la sensación de estar en un segundo ciclo de análisis, como si hasta este momento hubiera estado muy rígida, en una posición, y como si, en este momento, hubiera un cambio y tuviera la intención de hablar de otra manera pero no supiera cómo... quizá diciendo cosas más cercanas a mí pero creo que, para lograrlo, usted tendría que ayudarme. Cuando usted habla tengo la sensación de que avanzo; creo que tendría que decirme más cosas ya que, de lo contrario, me siento muy sola.

Creemos que, en este momento, la paciente se siente algo más contenida y aceptada, y que, debido a ello, tiene el sentimiento de que no ha de estar tan rígida en el diván —la paciente se ha pasado muchos meses prácticamente sin moverse, no pudiendo nunca mirar su reloj para saber la hora, etc.— ni tan rígida mental y emocionalmente, y que podrá comunicarse mejor con el analista, pero que abriga todavía dudas de si éste la ayudará lo suficiente, de si sabrá estar a su lado durante los cambios que intenta llevar a cabo. El analista hizo una interpretación en esta línea.

También aquí el analista hubiera podido interpretar cómo ella ponía el acento en no sentirse ayudada lo suficiente y que, por el contrario, no se preocupaba demasiado en pensar si ella, personalmente, hacía todo lo que podía para intentar que su análisis fuera mejorando pero, como hemos dicho antes, al analista le pareció que esto no era lo más importante, y que una interpretación en este sentido, no le sería de gran ayuda para ganar confianza en sí misma sino que, al contrario, podría aumentar la distancia entre ella y el analista, pudiendo sentir la paciente que éste le devolvía lo que ella le había proyectado para que ella misma se hiciera cargo del contenido de dicha proyección, desentendiéndose, el analista, del problema.

La sesión acabó con el sentimiento, por parte de la paciente, que el analista podía ayudarle en su crecimiento, pero que ella no estaba segura de cómo iría la relación entre ella y su analista.

Queremos presentar, a continuación, el material de una sesión que tuvo lugar, aproximadamente, 2 años después de la sesión que acabamos de comentar, describiendo los rasgos más característicos de la misma.

Creemos que en ella se muestra que el «self» de la paciente está ya más estructurado y con más recursos, pudiendo mostrar más abiertamente su dificultad en aceptar la dependencia. Aparece más claramente el *conflicto* y menos el defecto; debido a ello, aparece más directamente la problemática edípica y la agresión. Como hemos dicho, se trata también de la última sesión de la semana.

P: ahora cuando venía he visto un chico con pinta de estudiante y he pensado: quizá es el hijo de mi analista... no debe ser muy inteligente... posiblemente no cursa una carrera universitaria sino estudios de segunda categoría. He pensado también, mientras venía, que me gustaría encontrar la puerta de su consultorio abierta para poder entrar sin llamar, pero a continuación me he dicho que esto conllevaría el peligro de encontrarlo en compañía de su mujer, creando una situación engorrosa.

A: le cuesta depender de mí, que yo tenga la llave, quizá hoy más que otros días ya que es el último día de análisis de la semana (jueves). Debido a ello me tiene que subvalorar pensando que el chico que usted cree que puede ser mi hijo, ha de cursar estudios de segunda categoría, o quiere entrar en mi casa sin mi permiso, negando así su dependencia.

P: el jefe de mi sección de la empresa donde trabajo me encargó, hace unos días, un borrador respecto a cómo organizar el trabajo, y esta mañana se lo he presentado. Casi inmediatamente me ha entrado la duda de si el borrador era válido y si lo he presentado de manera correcta; generalmente me expreso bastante bien, pero hoy he quedado algo intranquila.

A; cuando usted piensa que estoy con mi mujer y le excluyo, siente la nece-

sidad de estropearme, y a consecuencia de ello me hago más débil dentro de usted, circunstancia que condiciona que pierda su seguridad en hacer las cosas bien.

P: en este momento pensaba que usted, de un momento a otro, podría decirme: lo mejor será acabar su análisis.

A: tiene el sentimiento de que no podré tolerar sus críticas y que acaba de decirme algo que cree no me ha gustado y por ello, la echaré del análisis.

P: sí, creo que sí. Esta noche he tenido un sueño: iba a casa de mi cuñada y había allí una tortilla de patatas, estaba bien cocida, como a mí me gusta. Me entraban grandes ganas de llevármela, y dudaba de si pedirla o llevármela sin decir nada, pero creo que, finalmente, la pedía.

A: pienso que el sueño nos muestra lo que usted ha manifestado al comenzar la sesión, de si entrar a la consulta llamando o no a la puerta. Parece que, finalmente, en el sueño, decide pedir la tortilla que usted tanto valora, aceptando la dependencia y los sentimientos que ésta lleva consigo. Creo, además, que, a lo largo de la sesión ha ocurrido algo similar, ya que, a pesar de que en diversos momentos ha mostrado la duda de si pedir las cosas o apoderarse de ellas sin ser visto, la verdad es que ha ido mostrando sus pensamientos y sentimientos, circunstancia que me ha permitido ir siguiendo su comunicación, y poder comprender y trabajar su problemática.

Nuestra opinión es que, en esta sesión, se muestra muy claramente la problemática del *conflicto*. Ya desde el comienzo, la paciente trae directamente su agresión, cuando subvalora al analista, y muestra también que esta subvaloración está directamente relacionada a no poder aceptar la problemática edípica, es decir, la unión, dentro de su mente, del analista y su mujer en la consulta (hogar), cuando ella está ausente. Creemos que ello es esencial en el tema que tratamos ya que, como hemos dicho, el *conflicto* está situado, fundamentalmente, en el área edípica y, por el contrario, el *defecto* se ubica en el área narcisista.

A continuación podemos ver cómo el ataque, en este caso de características celosas, hace más frágil al objeto y, al ser éste introyectado condiciona, como sabemos, un «self» más frágil, circunstancia que se nos muestra en la duda de la paciente de si ha sido o no capaz de expresar sus ideas tan bien como de costumbre.

Siguiendo la sesión, vemos que este ataque al objeto y la subsiguiente debilidad del mismo, condiciona el sentimiento de la paciente de que el analista no podrá tolerar los ataques que ella le dirige, y renunciará a continuar el análisis, dejándola abandonada.

Nuestra opinión es la de que estas sesiones que acabamos de exponer son interesantes en el sentido de mostrar cómo, en ocasiones, se llega al *defecto*

del «self» por regresión, debido a una agresión al objeto que da lugar a un deterioro del mismo y subsiguientemente, a un aumento de la fragilidad de este «self» cuando dicho objeto es introyectado.

Puede verse que, al finalizar la sesión, la paciente continúa dudando de si pedir las cosas o llevárselas sin decir nada o, lo que es lo mismo, entre negar la dependencia o reconocerla, aunque parece que se decanta por lo último, es decir, admitir que hay una separación entre ella y el analista; en ello se basa la última interpretación de la sesión, es decir que, a pesar de los ataques y luchas que se desprenden de las asociaciones, la paciente ha colaborado en toda la sesión para que el analista pudiera comprender su mundo interno.

Queremos destacar, para finalizar, los puntos que nos parecen más importantes del material clínico que acabamos de presentar, y que antes ya hemos comentado desde el punto de vista teórico.

Vemos, en primer lugar, la existencia de un «self» defectuoso que aparece ya en la presentación de la paciente. Posiblemente los padres no tuvieron las capacidades necesarias para comprender cuáles eran las necesidades reales de la paciente y, debido a ello, ésta no aprendió a tolerar la frustración, desarrollar la capacidad de espera, y confiar en la bondad y los cuidados que el objeto le dispensaba, aún en el caso de que el objeto no pudiera satisfacer sus demandas en cada momento; ello condicionó un «self» mal estructurado, con muchas dificultades para tolerar las ansiedades de separación y diferenciación, así como un insuficiente desarrollo del pensamiento abstracto y del proceso simbólico. La rigidez que encontramos en la personalidad de la paciente que hemos presentado se debe a este «self» defectuoso debido al cual la paciente se siente incapaz de trabajar en sus pensamientos y sentimientos para lograr cambios psíquicos, defendiéndose, mediante la inmovilidad, de la nueva situación relacional que le ofrece el analista. Queremos también destacar la necesidad que muestra la paciente de compensar esta situación, mediante sus fantasías de llevar a cabo grandes cosas por una parte y, por otra, la demanda que hace al analista de que actúe como un objeto que refleje su grandiosidad y, además, le permita fusionarse con él.

Desde el punto de vista de la técnica, es muy importante destacar que, en este tipo de pacientes con un grave *defecto* del «self», las interpretaciones han de dirigirse, esencialmente, a las ansiedades de separación y diferenciación, la superación de las cuales es, como hemos dicho anteriormente, totalmente necesaria para que el paciente pueda progresar. Las interpretaciones han de mostrarle la alternativa en que se encuentra, entre narcisismo y relación de objeto para, poco a poco, enfrentarle con su problemática y ayudarle a introyectar buenos objetos, aumentando la cohesión y solidez de su «self».

A este respecto, un punto muy esencial es el de cómo y cuándo interpretar

la agresión. A menudo es aquí donde se centra la discusión ya que, algunos autores, especialmente los que basan sus interpretaciones en el *conflicto*, hablan del peligro de entrar en colusión con el paciente si no se interpreta, básicamente y desde el comienzo, la agresión. Nuestra opinión es que, el analista, ha de darse cuenta, en estos casos donde predomina el *defecto*, de que el paciente posee un «self» frágil, y que necesita de la ayuda del analista para que su desestructuración no vaya en aumento. Si el analista pone siempre en primer lugar la interpretación de la agresión, dejando de lado la necesidad que tiene el paciente de sentirse contenido, éste sentirá dicha interpretación como un rechazo y un intento, por parte del analista, de desmarcarse y separarse de él con brusquedad, lo que condicionará una intolerancia a la interpretación e impedirá cualquier «insight», empeorando así la relación con el analista.

En este sentido nos parece muy importante destacar que, en una paciente como la que hemos presentado, las interpretaciones referentes a la agresividad dirigida hacia el analista, antes de que se haya desarrollado de manera suficiente tanto el sentimiento de ser aceptada, como la tolerancia a la separación y diferenciación, condicionan un incremento inacabable de los sentimientos dolorosos y una reactivación de la herida narcisista y de la agresividad; ello condiciona, a veces, un crecimiento en espiral del malestar, a medida que el analista va interpretando. Bassols y Coderch (1989), explican la importante herida narcisista que se produce en estos pacientes, cuando sienten las palabras del analista como una demostración del funcionamiento mental independiente del objeto, y como ello condiciona una gran intolerancia a la interpretación y el rechazo sistemático de la misma; esta intolerancia se debe a la existencia, en el paciente, de una organización narcisista grave, circunstancia que el analista ha de tener muy en cuenta en el momento de comunicarse con el paciente.

Para finalizar diremos que, en nuestra opinión, el analista ha de hacerse cargo, en primer lugar, de la patología primitiva que presenta el paciente para lograr, con ello, que éste se sienta comprendido y aceptado en su patología. Más adelante, cuando esta situación haya mejorado y el paciente haya alcanzado una confianza básica en su analista y en él mismo, podremos interpretar la agresividad con más libertad y sin miedo de que el paciente se derrumbe como consecuencia de una interpretación de la cual no hubiera podido hacerse cargo en situaciones anteriores.

Nuestra intención ha sido, al presentar este trabajo, haber podido demostrar a qué enfoque teórico y características clínicas nos referimos cuando hablamos de defecto en el «self», y exponer la técnica que creemos más adecuada para el manejo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, M.: (1968) *The basic fault*. Londres: Tavistock.
- BASSOLS, R. & CODERCH, J.: (1989) *La intolerancia a la interpretación en pacientes con una organización narcisista grave*. Comunicación presentada al I Congreso Ibérico de Psicoanálisis. Madrid.
- BION, W.: (1962) *Learning from experience*. Londres: Heinemann.
- COHEN, J. & KINSTON, W.: (1983) *Repression theory. A new look at the cornerstone*. Int. J. Psychoanal., 65:11-422.
- EAGLE, N.M.: (1984) *Recent developments in psychoanalysis*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company.
- FREUD, A.: (1936) *The ego and the mechanism of defence*. Londres: Hogarth Press. 1986.
- FREUD, S.: (1930) Civilization and its discontents. *S.E.* 21.
- : (1933) New introductory lectures on psychoanalysis. *S.E.* 22.
- GEDO, J.E.: (1981) *Advances in clinical psychoanalysis*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- GOLDBERG, A.: (1978) *The psychology of the self: A casebook*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- HARTMANN, H.: (1939) *Ego psychology and the problem of adaptation*. Nueva York: Int. Univ. Press. 1958.
- : (1964) *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica. 1969.
- KERNBERG, O.: (1975) *Borderline conditions and pathological Narcissism*. Nueva York: Jason Aronson.
- : (1976) *Objects relations theory and clinical psychoanalysis*. Nueva York: Jason Aronson.
- : (1984) *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual Moderno.
- KOHUT, H.: (1971) *The analysis of the self*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- : (1977) *The restoration of the self*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- STOLOROW, R.D. & LACHMANN, F.M.: (1980) *Psychoanalysis of developmental arrests*. Madison-Connecticut: Int. Univ. Press.

RESÚMENES

Els autors exposen, de manera abreujada, l'evolució de la teoria psicoanalítica des de Freud fins arribar als descobriments de la psicologia del «self». A continuació centren el seu estudi en la importància de diferenciar la patologia del defecte, de la del conflicte, i en les característiques clíniques principals en que es recolzen per a arribar al diagnòstic.

Més endavant presenten un material clínic d'una pacient on es fa palès en quin moment predomina el defecte i com, en altres ocasions, és el conflicte el que prevaleix. Pel que fa a la tècnica de la interpretació, mostren les importants diferències tècniques a tenir en compte a l'hora d'encarar la patologia del defecte i la patologia del conflicte i com, errades en aquest enfocament, poden condicionar una regressió important del pacient i una desestructuració del seu «self».

Los autores exponen, sucintamente, la evolución de la teoría psicoanalítica desde Freud hasta llegar a los hallazgos de la psicología del «self». A continuación centran su estudio en la importan-

cia de diferenciar la patología del defecto de la del conflicto, y en las características clínicas principales en las que se basan para establecer el diagnóstico.

Presentan, a continuación, un material clínico de un paciente donde se muestra en qué momento predomina el defecto y cuándo, por el contrario, es el conflicto que ocupa el primer plano. Desde el punto de vista de la técnica de la interpretación, muestran las importantes diferencias técnicas a tener en cuenta a la hora de abordar la patología del defecto y la patología del conflicto y cómo, errores en este enfoque, pueden condicionar una regresión importante del paciente y una desestructuración de su «self».

Os autores expõem, sucintamente, a evolução da teoria psicanalítica que vai de Freud até chegar a descoberta da psicologia do «self». Em seguida, centralizam o seu estudo na importância da diferenciação entre patologia da falha e do conflito e nas suas principais características clínicas através das quais estabelecem o diagnóstico.

Apresentam material clínico de uma paciente onde ilustram um momento em que predomina a falha e outro em que, pelo contrário, é o conflito que ocupa o primeiro plano. Salientam, sob o ponto de vista da interpretação, a importância das diferentes técnicas, tendo em consideração o instante da abordagem da patologia da falha e da patologia do conflito. Mostram como é que erros neste campo, podem levar o paciente a uma regressão significativa e a uma desestruturação do seu «self».

The authors give a brief presentation of the evolution of psychoanalytic theory, from Freud up until the findings of self psychology. They focus their study on the importance of differentiating between defect pathology and conflict pathology, and on the principal clinical characteristics on which diagnosis is based.

They go on to present the clinical material of a patient which shows when the defect pathology is predominant, and again, when it is the conflict type that is preeminent. From the point of view of interpretation technique, they discuss important technical differences which must be taken into account when approaching defect and conflict pathologies, and how errors in focus here may condition a significant regression in the patient and a destructuring of her self.

Salvador Adroer
Pl. Gironella, 2
08017 Barcelona

Joan Coderech
Balmes, 317
08006 Barcelona