



CONFLICTO, DÉFICIT Y DEFECTO¹

Joan Coderch²

Sociedad Española de Psicoanálisis

Se hace una revisión histórica de los conceptos de conflicto, déficit y defecto dentro del marco del psicoanálisis. Se establece una delimitación y diferenciación entre estos conceptos. Se pone especial énfasis en las consideraciones que sobre el tratamiento tiene esta diferenciación. La importancia de las intervenciones de carácter afirmativo y en general la ampliación del tipo de intervenciones terapéuticas, mas allá de la clásica interpretación.

Palabras clave: Conflicto, déficit, defecto, Self, transferencia, interpretación, intervenciones de carácter afirmativo, agentes terapéuticos.

It is realized a historical review of the concepts of conflict, deficit and fault inside the frame of the psychoanalysis. A delimiting and differentiation is established between these concepts. It puts on special emphasis in the considerations that on the treatment this differentiation has. The importance of the interventions of affirmative character and in general the extension of the type of therapeutic interventions, further of the classic interpretation.

Key Words: Conflict, deficit, fault, self, transference, interpretation, interventions of affirmative character, therapeutic agents.

English Title: Conflict, deficit and fault

Cita bibliográfica / Reference citation:

Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clinica e Investigación Relacional*, 1 (2): 359-371. [ISSN 1989-2939]. [<http://www.psicoterapiarelacional.es/portal/>]

1. Perspectiva General

Si he escogido el tema del conflicto, el déficit y el defecto en mi primera intervención, ya iniciada ayer, en este Instituto de Psicoterapia e Investigación Relacional es porque creo, como ya dejé apuntado en mi presentación de la evolución del pensamiento psicoanalítico después de Freud, que la intuición por parte de los grandes analistas de la existencia del déficit psíquico ha sido el motor, desde el primer momento, de tal evolución en dirección al modelo relacional. A pesar de que Freud cambió muchos de sus conceptos y teorías, se mantuvo siempre fiel a la teoría pulsional que presupone la primacía del conflicto suscitado por el enfrentamiento entre la pulsión y la defensa contra ella, y esto aún después de haber reconocido que el objeto es algo más que el blanco a donde se dirige la pulsión para la descarga satisfactoria de la tensión somática que se encuentra en su base. Pese a su espíritu científico e investigador, algo le retuvo anclado en la teoría pulsional y del conflicto edípico, y éste algo, en mi opinión, es la adecuación de esta teoría al modelo médico. Porque un afán guió toda la carrera de Freud, la de ver aceptado por la comunidad científica el psicoanálisis en tanto que método de investigación, como conjunto de teorías y conceptos acerca de la mente humana y como práctica terapéutica. Guiado por esta ambición, la teoría pulsional le permitió identificar el psicoanálisis con el prestigioso y científicamente validado modelo médico. De aquí, la necesidad de instituir unas reglas básicas lo más cercanas que fuera posible a dicho modelo: estrictos protocolos (número y duración de las sesiones, regla de abstinencia, regla de la neutralidad y anonimato, etc.); estudio de los fenómenos externos al investigador que observa sin participar en ellos; explicaciones biológicas o casi biológicas y atribución de las perturbaciones psíquicas a un agente patógeno universal ligado a fuerzas biológicas (complejo de Edipo inevitable) que debe ser combatido con un exclusivo agente terapéutico: la “interpretación” del conflicto intrapsíquico promovido por el choque entre las pulsiones libidinales y las fuerzas superyoicas que se oponen a ellas, la cual es administrada por el analista a “dosis convenientes y repetidas”, como el médico administra un medicamento, sin que su personalidad intervenga para nada, como en su tiempo se creía que sucedía en los experimentos científicos con la personalidad del investigador. Todo lo que se refiere a factores culturales, sociales y de relaciones interpersonales ha tenido siempre poca cabida en el molde de las ciencias empírico –naturales en el seno de las cuales pretendía alojarse el psicoanálisis, por lo que estos elementos fueron rápidamente marginados de lo que ha sido llamado la “corriente principal” del psicoanálisis” o psicoanálisis clásico. A causa de ello, la primitiva teoría del trauma fue oficialmente abandonada, aunque el estudioso de Freud percibe como, subrepticamente, la idea del trauma surge una y otra vez a lo largo de su obra. Pero, dado que con el transcurso del tiempo la realidad, siempre sorda a los deseos humanos, puso sobradamente de manifiesto que la mente de los pacientes era más compleja de lo que Freud había imaginado, ya algunos de sus colaboradores y seguidores más tempranos cayeron en la cuenta de que había algo más allá del conflicto intrapsíquico provocado por el conflicto entre la pulsión y las prohibiciones internas. Y supusieron que este algo era aquello que mantenía imperturbable la patología de los pacientes, a pesar de que pudiera parecer que lo inconsciente se hacía consciente a través de las repetidas interpretaciones. Y también supusieron que no bastaban, para explicar este fracaso, ni el recurso a las resistencias, ni la distinción entre la representación de palabra y la

representación de cosa, ni la teoría de la pulsión destructiva en último término. Por tanto, se percataron de que la tarea terapéutica no podía reducirse a las interpretaciones de los conflictos inconscientes, ni podía ser el trabajo del analista el de simple suministrador de las mismas, conservando, al mismo tiempo, el papel de una pantalla en blanco o un límpido espejo en el cual se reflejaban las proyecciones del paciente. Es por este motivo que fueron surgiendo, al principio de forma puramente intuitiva y escasamente formulada, el concepto del déficit del *self* y la necesidad de profundizar en la relación paciente – analista.

2. Inicio de la aparición en la literatura de los conceptos de déficit y defecto.

Aunque la importancia otorgada al déficit estructural del aparato psíquico, o, más concretamente, del *self*, no se comienza a formular explícitamente hasta las últimas décadas del pasado siglo, con autores como Modell, (1976) Call (1980), Bowlby(1973), Gedo (1981) y, fundamentalmente, con el magnífico trabajo seminal de Killingmo (1989), el cual sienta las bases de lo que hoy en día es el concepto más ampliamente aceptado de déficit estructural, si seguimos el rastro del pensamiento psicoanalítico desde sus comienzos nos damos cuenta que la idea germina ya en Ferenczi y da cuenta del origen de sus desavenencias con Freud y, muy especialmente, con sus compañeros del comité de los cinco – S. Ferenczi, K. Abraham, O. Rank, E. Jones y H. Sachs- encargados de velar por la pureza de la teoría psicoanalítica. Efectivamente, si estudiamos la evolución del pensamiento de Ferenczi percibimos claramente que ya él se muestra inquieto ante la insuficiencia de la interpretación del conflicto y siente la perentoria necesidad de encontrar otros abordajes terapéuticos que agilicen y lleven a un feliz término procesos psicoanalíticos insatisfactorios e inacabados. Por ello, experimenta la necesidad de adoptar otra actitud más allá de la labor interpretativa, lo cual se muestra de manera restallante en trabajos como *Perspectivas del psicoanálisis*³ (1924), *Principio de relajación y neocatarsis* (1923), *Análisis de Niños con los adultos* (1931), etc. Lo mismo podemos decir de otra de las primeras grandes figuras del psicoanálisis, aunque algo más alejado de Freud, Harry Stack Sullivan, creador del llamado “Psicoanálisis interpersonal”, para mí una de las corrientes de pensamiento más fundamentales en la creación del modelo relacional, con sus libros *Estudios Clínicos de Psiquiatría* (1940), *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (1953), etc.

Un autor clave para el desarrollo del concepto del déficit es Fairbairn, especialmente por su idea más característica: “las pulsiones son buscadoras de objeto”, y por su trabajo fundamental, “*La represión y el retorno de los malos objetos*” (1943), en el que señala, como base principal de las perturbaciones psíquicas, una deficiente estructuración de la mente originada por la división e internalización de los objetos insatisfactorios o agresivos y la consecuente división del yo para controlarlos. Otros autores fundamentales dentro del tema que nos ocupa son: Balint con su teoría de la “falla básica”, que a mi me parece la primera formulación explícita del concepto de déficit, y (1968) Winnicott, con su concepto de la madre “suficientemente buena” y la necesidad del *holding* (1965) en el tratamiento psicoanalítico. Finalmente, el autor que formula más explícitamente, tanto para la teoría como para la práctica terapéutica, la comprensión de la patogenia de las perturbaciones psíquicas a partir de dos distintos conceptos, conflicto y déficit, es Kohut(1971, 1977, 1984), creador de la psicología del *self* y cuya obra es sin duda conocida por todos los que me escucháis. Tal vez sólo destacar que Kohut, a diferencia de los que le preceden, intenta, al separarse de las teorías freudianas, seguir un camino más científico en el sentido clásico del término y, como dice Nemirovsky (2007) ”con un lenguaje más concreto, menos narrativo o

poético, construir una metapsicología del *self*". También es de interés recordar que Kohut relanza la teoría traumática de Freud, con la diferencia de que, para él, el trauma no consiste en un abuso sexual, sino en un fallo en las funciones parentales respecto a las necesidades del *self* infantil.

Aunque no entra en las posibilidades de este trabajo realizar una revisión amplia de la literatura sobre el conflicto, el déficit y el defecto, quiero mencionar, por ser muy significativo, el trabajo de A. Sugarman, un psicoanalista adscrito a lo que el mismo denomina "psicoanálisis clásico moderno", *Psychoanalysis: treatment of conflict or deficit*" (1995). En este trabajo Sugarman, más que ocuparse plenamente del déficit psíquico, examina muy profundamente los efectos que este concepto ha tenido en el pensamiento psicoanalítico. Por un lado, afirma, dando lugar a dos teorías en cuanto a la patogénesis de los trastornos psíquicos: el conflicto centrado en el Edipo, en su versión clásica previa al estado de latencia, o en su versión kleiniana del Edipo precoz la una, y el déficit en el desarrollo psíquico, la otra. Así mismo, considera Sugarman que este concepto ha originados dos distintos enfoques terapéuticos: interpretación e *insight* en un caso, y experiencia de relación en el otro, con sus diferentes maneras de entender y manejar la transferencia. Cito este autor porque sus ideas en este trabajo me parecen paradigmáticas de muchos de los psicoanalistas adscritos a la corriente clásica, pero que reconocen la importancia ya innegable del concepto de déficit del *self* y del modelo relacional. Cito unas líneas (1995):

"Es un error pensar que los psicoanalistas clásicos modernos fallan en considerar su personalidad y su interacción con el paciente al manejar la transferencia. Los analistas contemporáneos orientados estructuralmente son conscientes de que los pacientes responden a las fantaseadas y reales características de su personalidad y su forma de llevar el análisis, al desarrollar su transferencia... Sin embargo, los analistas estructurales contemporáneos no se contentan con quedarse con aquello del analista que ha conducido al paciente a sus convicciones transferenciales..." (p.60; la traducción es mía).

Este párrafo muestra claramente que, en nuestros días, el concepto de déficit del *self* y el modelo relacional se han introducido ya francamente en el pensamiento psicoanalítico clásico o tradicional. Pero ocurre, al mismo tiempo, que desde esta corriente tradicional casi nunca se reconocen sus fuentes, como son Ferenczi, Sullivan, Fairbairn y Balint, y parece que se pretende que estas ideas han germinado en la propia teoría pulsional clásica y que deben ser consideradas como simples agregados secundarios a ella y, por tanto, relegados siempre a un papel marginal. Yo creo que esto es totalmente erróneo. La teoría pulsional no puede evolucionar por sí misma hacia el modelo relacional y el concepto de déficit y defecto, porque sigue un camino distinto, que es el de hacer radicar toda la patología en el conflicto inconsciente entre pulsión y defensa, o entre las mismas pulsiones, lo cual conlleva que la única modificación que puede obtenerse ha de ser a través de la interpretación y el *insight*. Es, precisamente, el abandono de esta teoría lo que permite introducir el concepto de déficit y del defecto consecutivo a éste y, por tanto, a la formulación del modelo relacional dentro de la praxis terapéutica. En mi opinión, ha sido la globalización del pensamiento psicoanalítico y el incremento de diálogo entre las distintas escuelas psicoanalíticas lo que ha dado lugar, junto con el reconocimiento de las limitaciones de la teoría pulsional, por parte de muchos analistas, a una más o menos amplia aceptación de estas ideas en el ámbito de las escuelas más clásicas.

3. Delimitación de conceptos.

3.1. Conflicto.

En su sentido más tradicional, con el término conflicto, que se sobreentiende “intrapsíquico”, se quiere significar la oposición entre las diversas instancias de que consta el aparato psíquico dentro de la teoría estructural de Freud: ello, yo y superyó, en cuyo caso se trata de un conflicto “intersistémico”. El conflicto intrapsíquico que suele considerarse más típico es del que se establece entre las pulsiones del ello y las órdenes y prohibiciones del superyó que se oponen a ellas, produciéndose un sufrimiento del yo que debe atender y conciliar unas y otras. Pero también se da el conflicto “intrasistémico”, que es el que tiene lugar cuando luchan dos fuerzas dentro del mismo sistema. Por ejemplo, pulsiones opuestas entre sí, como el amor y el odio; motivaciones del yo con distintas e inconciliables metas, tal como la de conseguir el éxito y el fracaso al mismo tiempo; prohibición y permisividad por parte del superyó hacia un determinado comportamiento, etc. Desde la perspectiva de la psicología del *self* y de las relaciones de objeto se amplía el campo del conflicto. Por ejemplo, amor y odio hacia el objeto; fidelidad hacia un objeto interno que, al mismo tiempo, se siente destructivo; necesidad de satisfacción narcisista de autoestima y sentimientos de vergüenza del propio *self*, etc.

3.2 Déficit.

Muy habitualmente, los términos déficit y defecto se entienden como equivalentes, siendo más corriente el empleo del primero por parte de los autores de habla inglesa, mientras que lo es el segundo por parte de los autores de habla castellana. Sin embargo, cierta diferenciación se halla ya implícita en Kohut, y de manera explícita en Pine (1994). Yo creo que es conveniente diferenciar entre ambos.

En sentido habitual, el término déficit significa insuficiencia o carencia de algo, como puede ser al hablar de déficit vitamínico o déficit de la balanza de pagos de un país. Siguiendo esta misma línea, cuando dentro del tema que nos ocupa hablamos de déficit nos referimos a la insuficiente recepción o suministro de algo que el sujeto debería haber recibido por parte de los padres o cuidadores en una etapa determinada de su vida. Este punto de vista se halla vinculado a la convicción de que todo sujeto, para su adecuado desarrollo mental, debe recibir una cierta razonable dosis de cuidados entre los que se incluyan amor, ternura, aprobación, confianza, aceptación, tolerancia, seguridad, etc., en un régimen de coherencia y continuidad. En este sentido, Balint habla de la necesidad de satisfacción del amor primario; Kohut de la necesidad por parte del niño/a de sentir aceptadas sus fantasías de grandiosidad (transferencia especular) y permitidos sus deseos de que se le consienta identificarse con un objeto idealizado (transferencia idealizadora), y Winnicott se refiere a la necesidad de una madre “suficientemente buenas” que aporte el mundo al niño y le permita, a través de su capacidad de no ser intrusiva, el desarrollo de su auténtico *self*. Cuando estos aportes no son suficientes se produce un déficit. Como es natural, aquello que da lugar al déficit no es tan sólo la ausencia de lo que se necesita, de lo positivo, sino también la presencia de aquello que es perjudicial, de lo negativo: odio, agresividad, incoherencia, inestabilidad, descuido, maltrato físico, etc. Debe tenerse en cuenta que el concepto de déficit siempre va estrechamente ligado al de defecto, en el sentido de que es lo que se encuentra en la base de este último (Pine, F., 1994).

Aun cuando al hablar de déficit nos referimos al comportamiento de los cuidadores, es

decir, a un hecho objetivo, el déficit en si mismo no es un hecho objetivo, sino únicamente una experiencia subjetiva, la de fragilidad, incoherencia, inestabilidad, desconocimiento de la propia identidad, etc., junto con el sentimiento de no ser escuchado, de no ser aceptado, de no ser amado, de no ser reconocido, de no recibir atención, de ser abandonado, etc. El grado en que esta experiencia subjetiva coincide o no con lo que usualmente se denomina la “realidad objetiva” es siempre, salvo casos extremos de maltrato y abandono, muy difícil o imposible de precisar, porque esta supuesta realidad objetiva varía en gran manera según el observador. De todas maneras, esta experiencia subjetiva no se manifiesta siempre, ni mucho menos, directamente en la clínica. Cuando los pacientes se lamentan de carencia de afecto en su infancia, de no haberse sentido escuchados o comprendidos, de incomunicación, etc., esta queja no es propiamente una experiencia subjetiva, sino más bien una teoría que han construido, con razón o sin ella, para darse una explicación satisfactoria acerca de sus dificultades y perturbaciones psíquicas. El déficit da lugar, como podemos ver en los análisis, a un *self* fragmentado, difuso, frágil e incoherente. Lo que si vivencian estos pacientes es un sentimiento de vacío, de falta de algo que no pueden precisar, de carencia de vigor y energía psíquicos. Los pacientes que sufren este *self* fragmentado y débil se quejan de insatisfacción, falta de ilusión, ansiedad inmotivada, dificultad en las relaciones personales, incapacidad para asumir, impactos emocionales y situaciones complicadas aunque a veces lo consiguen a costa de grandes sufrimientos, etc., siendo éste el cuadro que más comúnmente se presenta en la actualidad en los consultorios psicoterapéuticos y psicoanalíticos.

Los trastornos relacionales que dan origen al déficit y al defecto del *self* tienen lugar en etapas muy tempranas del desarrollo psíquico, en las cuales el bebé se siente fusionado con el objeto. Si en etapas muy primitivas se produce una perturbación grave de la relación física sujeto - objeto, como puede ser una separación brusca y prolongada por enfermedad, viajes, trabajo, etc., de la madre, el bebé tiene la sensación de un desgarramiento interno, como si hubiera perdido una parte de él mismo (Adroer, S., y Coderch, J., 1991). Cohen y Kingston (1983) diferencian entre necesidad y deseo. Piensan que en primer lugar está la necesidad, y que el deseo aparece cuando se satisface esta última. La satisfacción de las necesidades es imprescindible para el desarrollo adecuado de la estructura psíquica. La no saciedad de las necesidades afectivas provoca lo que podemos llamar, hablando metafóricamente, un “agujero” en el *self*, aunque tal vez esto no es tan metafórico, porque muchos de estos pacientes se quejan concretamente de esta sensación de un vacío interno, de que les falta algo y también de una sensación de que se ha cometido una injusticia con ellos, que no se les ha dado algo que se les debía, que tienen derecho a justas reclamaciones, etc. Es en este sentido que podemos hablar de una discrepancia entre las necesidades afectivas del bebé y el aprovisionamiento por parte del medio ambiente. De todas maneras, siempre hemos de tener en cuenta que, al referirnos a estas cuestiones de la discrepancia entre las necesidades y lo aportado por los cuidadores, no hemos de dar por descontado que esto último ha sido realmente insuficiente, puesto que se trata siempre de un balance entre necesidades y respuesta, y este balance se puede desequilibrar por una u otra de las partes. Hay bebés que, por causas genéticas o tal vez por experiencias sufridas durante su vida fetal, nacen con un alto nivel de necesidades psicológicas y con un nivel bajo de tolerancia a la frustración, de los cuales puede pensarse que viven como totalmente insuficiente un aporte de cuidados y afecto de “tipo medio”.

En mi opinión, los sujetos con *self* frágil, incoherente, discontinuo y fragmentado quedan incluidos dentro de la organización narcisista de la personalidad. Sus sentimientos de insuficiencia y baja autoestima les impulsan a buscar, constantemente, la satisfacción de

las necesidades de identificación con un objeto idealizado, así como de la aceptación en espejo de sus fantasías grandiosas que no fueron atendidas adecuadamente en la infancia. Esta búsqueda se manifiesta, principalmente, en su demanda de aplauso, admiración y sumisión por parte de los otros, en su afán por ocupar siempre los lugares y puestos más destacados, ya sea en el trabajo, en la sociedad, en su autovaloración consciente exagerada, etc.

3.3. Defecto.

Podemos pensar el defecto como una inhibición de las funciones del yo ocasionada por el déficit estructural del *self*. En sentido estricto, un defecto en las funciones del yo puede tener su origen en otras circunstancias, sean genéticas, enfermedades neurológicas, traumatismos craneales, etc. En este trabajo, sin olvidar ésta posibilidad, me ciño al defecto consecutivo al déficit, que es aquel con el que nos encontramos fundamentalmente en el marco psicoanalítico y psicoterapéutico. Desde este punto de vista, creo que podemos diferenciar entre el sentimiento de insuficiencia, vacío, fragilidad, etc., y la función defectuosa, pero sólo a nivel teórico y explicativo, puesto que en la práctica esta última se halla siempre estrechamente entrelazada con el déficit. Por este motivo, creo que podemos hablar simplemente de déficit, como resultado del cual se da por supuesto el defecto.

En mi experiencia, los pacientes no suelen acudir quejándose de las consecuencias del defecto, sino más bien de los sentimientos de insuficiencia, de vacío, etc., ya citados. Los problemas causados por el funcionamiento defectuoso del yo suelen ser detectados más tarde, en el curso de sucesivas entrevistas o ya iniciado el tratamiento. Estas funciones defectuosas suelen referirse al control de los impulsos, a la incapacidad para establecer relaciones satisfactorias con los otros, para programar comportamientos y objetivos a largo plazo, para adaptarse a situaciones nuevas, para hacer frente a circunstancias adversas, para poder cumplir adecuadamente las exigencias del trabajo o estudio, para mantener un adecuado criterio de realidad, para la regulación de los afectos, etc. Debemos tener presente que mientras el déficit se expresa a través de una experiencia subjetiva, de una realidad psíquica, el concepto de defecto presupone un bajo rendimiento en alguna área de la vida psíquica, para juzgar el cual deberíamos poseer una especie de tabla estándar de rendimientos con la que contrastáramos los del paciente, cosa que, evidentemente, no resulta posible ni de lejos. Nos encontramos, pues, frente a una cuestión en la que debemos movernos con gran cautela y a la que sólo podemos calibrar en su justa medida después un largo tiempo de tratamiento.

4. Pacientes con conflicto y pacientes con déficit.

A veces se ha tratado de diferenciar claramente dos tipos de pacientes: pacientes con déficit, menos evolucionados, y pacientes con conflicto, aquellos que han alcanzado un mayor nivel de evolución. Kohut, en un primer momento se acogió a esta diferenciación, considerando que tanto sus explicaciones teóricas como sus indicaciones terapéuticas eran únicamente válidas para los primeros. Posteriormente, juzgó que todos los pacientes presentaban déficits estructurales del *self*, a pesar de que su presentación clínica pudiera ser neurótica. Mi propio criterio es, también, el de que en la base de toda alteración psíquica existe un déficit estructural del *self*, y que la diferenciación hemos de verla, únicamente, en términos de un predominio clínico de síntomas de conflicto inconsciente, o de déficit y

defecto. Es por esto que, cuando profundizamos en el análisis de los pacientes “neuróticos”, nos encontramos con trastornos del *self* que pasaron desapercibidos en un primer momento. Dentro de la escuela kleiniana estos trastornos de los niveles más primitivos de la mente corresponden a las denominadas defensas y ansiedades psicóticas.

Los sujetos con un déficit estructural muy profundo no llegan a establecer una suficiente diferenciación entre el *self* y el objeto, ni entre el amor y el odio para que pueda hablarse propiamente de conflicto inconsciente intrapsíquico, ni para que lleguen a manifestarse los síntomas clínicos que llamamos neuróticos. Pero en algunos sectores de la mente se produce una evolución que da como resultado un cierto grado de internalización de las representaciones objetales, con lo que pueden llegar a producirse los conflictos inconscientes que clínicamente enmascaran el déficit. A la vez, el fallo en la satisfacción de las necesidades del *self* puede provocar una gran intensificación de los impulsos sexuales, como una forma de calmar la ansiedad y la insatisfacción, así como rabia y agresión. La evolución adecuada de estos impulsos, así como del odio y el amor, precisa de la adecuada respuesta de los cuidadores, y cuando esta respuesta falla se produce el déficit estructural del *self*.

5. Algunos comentarios con relación al tratamiento.

Muy acertadamente, Killingmo (1989) advierte que debemos diferenciar entre la transferencia del conflicto, y la transferencia del déficit. En la transferencia del conflicto, dice este autor, encontramos los impulsos y afectos dirigidos hacia las representaciones internalizadas de los objetos emocionalmente significativos, mientras que en la transferencia de déficit se expresan necesidades dirigidas hacia objetos que no han sido internalizados. Yo estoy de acuerdo con esta diferenciación en sus líneas generales, pero debo advertir que en la actualidad mi concepto de la transferencia difiere notablemente del concepto clásico de la misma. Para mí, la transferencia (y advierto que utilizo este término tan sólo como equivalente a la expresión “relación paciente-terapeuta y para no apartarme de la denominación habitual) no es tan sólo la proyección en el analista de las relaciones de amor-odio con los primeros objetos, sino que como escribo en mi libro *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis* (2006), la transferencia es: “la manera como el analizado organiza la situación analítica de acuerdo con la totalidad de sus experiencias pasadas, tanto conscientes como inconscientes, ya sean estas últimas las propias del inconsciente reprimido o las que constituyen el inconsciente no reprimido o de procedimiento” (p.179).

Lo que nos transfieren estos paciente con grave déficit estructural del *self* es la demanda de ser acogidos, ser escuchados, ser comprendidos, ser valorados, ser acompañados. Balint (1968) describe que los pacientes, que sufren una falla en su estructura, pueden experimentar una profunda regresión durante el tratamiento, hasta el punto que “necesitan que el analista sea como la tierra que pisan y como el aire que respiran”, y que es preciso que el analista no se manifieste “como un objeto separado, de firmes contornos... debe permitir que sus pacientes se relacionen con él o existan con él como si el analista fuera una de sus sustancias primarias” (p.198 de la versión castellana). También subraya que el analista ha de evitar presentarse como un objeto sapiente y poderoso que puede arreglar todas las dificultades, porque esto incrementa, por un lado la vivencia de separación, y, por otro, las demandas.

Estas necesidades que acabo de describir en los pacientes con grave déficit originan

una de las mayores dificultades en su tratamiento, la de la intolerancia a las interpretaciones, ya que estas expresan radicalmente lo opuesto de lo que ellos piden. Esto es algo que como terapeutas hemos de tener siempre en cuenta, y yo estoy firmemente convencido de que en estos pacientes es la relación terapéutica el agente fundamental para sus posibilidades de evolución, aunque también me parece evidente que no podemos prescindir de las interpretaciones explicativas, precisamente para que la comprensión de esta relación permita el necesario fortalecimiento del *self*. Estos pacientes, y con ello dan la razón a las palabras de Balint que he transcrito hace un momento, sienten las interpretaciones como una agresión o rechazo, sin que el enunciado de la interpretación sea determinante de la respuesta, que es provocada por la intolerancia a aceptar el funcionamiento mental independiente del objeto. En las intervenciones de tipo interpretativo es en las que más radicalmente se pone de manifiesto la separación entre el *self* y el objeto. Por cuidadosos que seamos, es muy difícil que estos pacientes dejen de vivirlas algo así como “Yo, terapeuta, te muestro a ti, paciente, algo que es tuyo y no forma parte de mí mismo, y con esto te separo de mí”. Además, en las personalidades con una organización narcisista hay un repudio de la realidad – o mejor dicho, del conocimiento de la realidad- y las interpretaciones intentan rescatar esta realidad escindida, las ansiedades, etc., constituyéndose en un argumento demoledor de las fantasías de omnipotencia y de fusión con el objeto. A causa de ello, toda interpretación que no tenga en cuenta la herida que ella misma produce en el paciente será inefectiva y está destinada a ser rechazada por éste o a ser sumisamente aceptada como un castigo.

En las intervenciones que se ofrecen a estos pacientes es preciso distinguir entre dos ansiedades, vinculadas entre sí, pero no idénticas: la ansiedad de separación y la ansiedad de diferenciación, siendo esta última la que juega un papel más importante en ellos. Estas dos ansiedades se representan en el escenario entre narcisismo y relación de objeto. La ansiedad de separación surge frente a situaciones de pérdida del objeto cuando la relación objetual establecida ha adquirido ya un cierto nivel de consistencia, mientras que la ansiedad de diferenciación corresponde a los estados narcisistas, menos evolucionados, en los que no se ha producido la necesaria diferenciación entre el *self* y el objeto, y se presenta cuando la actividad interpretativa pone de manifiesto la autonomía y separación del objeto, y es vivida como una expulsión y como pérdida de elementos propios inextricablemente confundidos con el objeto.

6. Las intervenciones de carácter afirmativo.

Estoy completamente de acuerdo con la indicación de Killingmo (1989, 1995) acerca de que las intervenciones dirigidas a la comunicación del paciente basada en el déficit deben tener un carácter *afirmativo*, la cual ha de comprender, según este autor: el elemento de existencia; el elemento de de relación; el elemento de valor y el elemento de validez de la experiencia. Yo resumo, a mi manera, algunas de las características de las intervenciones afirmativas según las ideas de Killingmo: a) que el carácter subjetivo de la experiencia que esta viviendo el paciente puede ser entendido por otra persona; b) que su experiencia es válida; c) que sus sentimientos tienen alguna razón de ser, una motivación que los explique; c) que frente a algún tipo de comportamiento, éste es comprensible frente a las circunstancias que lo motivaron; d) que el paciente pensó que aquel comportamiento o respuesta emocional era lo más adecuado en aquel momento; e) que algo que, por ejemplo, provoca ansiedad, es algo que, verdaderamente, provoca ansiedad. Estas intervenciones,

que tienen como finalidad principal el fortalecimiento y cohesión de un *self* fragmentado e inseguro y, por tanto, la creación de una atmósfera de seguridad y confianza, pueden formularse aisladamente o en combinación con elementos interpretativos, de manera que una intervención puede ser, a la vez, afirmativa interpretativa. Ahora bien, una vez apuntadas las características propias de las intervenciones afirmativas según las ideas de Killingmo, pienso que esta necesidad de afirmación del *self* del paciente puede ser objeto de una más amplia reflexión.

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que toda relación psicoanalítica y psicoterapéutica ha de poseer, por principio, esta tonalidad afirmativa para el paciente: la estabilidad y solidez que ofrece el mismo *setting* por sus condiciones materiales de tiempo, espacio y continuidad; la actitud de escucha y atención constantes por parte del terapeuta; el espíritu permanente de investigación y comprensión compartido por paciente y terapeuta; la no inductación; el deseo de ayuda que se desprende por parte del terapeuta; el mismo hecho de que toda intervención del terapeuta presupone que éste se interesa por los asuntos del paciente, y que juzga que este último tiene la capacidad de comprender sus palabras y de sacar provecho de ellas; la esperanza de una mejoría y alivio de los síntomas que se halla en el horizonte, etc., son todos ellos elementos que dan al conjunto del tratamiento este carácter afirmativo (Coderch, J., 2001). Esta es una objeción que se presenta, a menudo, en las discusiones y trabajos científicos frente a la necesidad de las intervenciones afirmativas. Pero, en mi opinión, sería ingenuo que nos sintiéramos satisfechos con estas consideraciones generales. Si no se atiende de manera suficiente a la gran necesidad de afirmación de los pacientes con grave déficit, y también a la misma necesidad, aunque en menor proporción, en los pacientes con menor patología, puede muy bien ocurrir, y la experiencia muestra que con frecuencia ocurre, que un análisis carezca de este aporte afirmativo y aun que se convierta en una fuente de sentimientos de inseguridad y culpabilización. Actúan en este sentido aquellas formas y estilos de relación que, bajo la imposición de conservar la transferencia “incontaminada”, llevan a adoptar actitudes extremas de una gran “distancia analítica”; la frialdad en el trato, del que se eliminan las habituales muestras de cortesía; las intervenciones autoritarias y sin dar lugar a discusión; la focalización exclusiva o casi exclusiva en las interpretaciones transferenciales en las que se subrayan, muy en especial, los supuestos rasgos de agresividad, envidia y resistencia presentes en la comunicación del paciente; el énfasis excesivo en la imperturbabilidad de un analista, jamás afectado por las comunicaciones del paciente, y que responde siempre con un tono de voz monocorde y siempre igual en el que no se revela ningún tipo de emoción, etc. También deja de afirmarse, y más bien se debilita, el *self* del paciente cuando se da por descontado que todas sus observaciones con respecto al analista, su rechazo de determinadas interpretaciones, sus propias perspectivas referentes a la relación analítica, y sus puntos de vista concernientes a cómo debería ser dicha relación, son distorsiones transferenciales.

Parece lógico esperar que si el analista tiene presentes las necesidades de afirmación de los pacientes con déficit y su aguda sensibilidad frente a la carencia de ésta, así como la impresión de ser rechazados que despiertan en ellos determinadas interpretaciones transferenciales, podrá más fácilmente adaptar su estilo relacional a dichas necesidades. De todas maneras, mi opinión es la de que para que estos pacientes puedan sumergirse en el proceso analítico – y advierto que empleo este término en un sentido muy amplio- las intervenciones afirmativas desempeñan siempre un papel de la máxima importancia. Afortunadamente, creo que podemos decir que, antes de que en los trabajos de Killingmo ya citados apareciera este concepto, generaciones de analistas han formulado

intervenciones afirmativas de manera intuitiva y sin reflexión conceptual previa. Otra cosa es que en algunas orientaciones y escuelas psicoanalíticas, especialmente aquellas que siguen el modelo relacional, la percepción de las necesidades de afirmación por parte de los pacientes –de todos, no sólo de aquellos que sufren un déficit estructural grave- está ya presente en su misma base teórica. Por el contrario, otras orientaciones se nos muestran construidas con un armazón teórico y técnico centrado exclusivamente en las interpretaciones transferenciales y sin espacio mental para intervenciones de tipo afirmativo. Pero éste es ya otro tema de discusión.

7. Ampliación de los agentes terapéuticos.

Hay una cuestión que creo que se halla estrechamente vinculada a la cuestión de las intervenciones afirmativas y a las especiales necesidades, en el sentido más arriba expuesto, de los pacientes con grave déficit estructural. Me refiero a la introducción, dentro de los medios de que disponen los analistas para ayudar a sus pacientes, de un tipo de intervenciones alejadas de las interpretaciones transferenciales y que durante muchos años han sido desvalorizadas al ser calificadas como “psicoterapéuticas”. Y si subrayo esta cuestión es porque creo que muchas de estas intervenciones también poseen un carácter afirmativo y son imprescindibles en los pacientes con grave déficit. Si atendemos a la literatura psicoanalítica podemos ver que, lenta pero imparablemente, va apareciendo trabajos en los que, desde distintos ángulos, se revalorizan es incluso se consideran ineludibles este tipo de intervenciones llamadas psicoterapéuticas y que, hasta hace pocos años, han sido juzgadas como no aceptables en un trabajo psicoanalítico. De todas formas, también hay que decir que, según es voz común en los ámbitos psicoanalíticos, existe una notable diferencia entre lo que los psicoanalistas escriben y hablan en sus trabajos y reuniones científicas y lo que hacen en la práctica privada. Finalmente, ha comenzado a ser defendido y a exponerse a debate entre los psicoanalistas lo que muchos de ellos pensaban y practicaban privadamente sobre este tema. Citaré, como muestra representativa, algunos ejemplos. Así Gabbard y Westen, quienes desde la psicología clásica del yo han profundizado en las aportaciones de la neurociencia y la psicología cognitiva al psicoanálisis, en su trabajo *Rethinking therapeutic action* (2003) dividen los agentes terapéuticos del psicoanálisis en tres categorías: los dirigidos a promover *insight*, los que derivan de la relación terapéutica y las “estrategias secundarias”. Incluyen, entre estas últimas, cinco distintas vías: las confrontaciones “que comportan explícitas o implícitas sugerencias para el cambio”; la confrontación con pensamientos “disfuncionales”; las intervenciones dirigidas a ayudar al paciente a encontrar la solución a sus problemas y tomar sus decisiones; la exposición a aquello que provoca ansiedad, y “una juiciosa auto revelación conducente a promover la mentalización”. Otra muestra la tenemos en uno de los últimos números del *Internacional Journal of Psychoanalysis* (vol. 88, part. 4, 2007), órgano oficial de la I.P.A. En él aparece, entre otros, un trabajo de Serge Lecours, cuyo título, “*Supportive interventions and non symbolic mental functioning*” habla por sí sólo. Considera Lecours que las intervenciones que él llama de apoyo han de formar parte de las intervenciones del analista para favorecer la transformación simbólica de aquellos elementos psíquicos no simbólicos. Las intervenciones de apoyo tienen un sentido muy amplio para Lecours, incluyendo la facilitación de un modelo de identificación, clarificaciones acerca de la realidad externa, acompañamiento, afirmación, educación, estimulación de las sublimaciones, prohibiciones, facilitación de la abreacción, etc. En el mismo número Regina

Pally, en un trabajo titulado *The predicting Brain*, habla de las “interpretaciones neurocientíficas” que ella utiliza y recomienda, y que se basan en una explicación, con la terminología adecuada, de las expectativas y respuestas que se hallan programadas en el cerebro frente a determinadas situaciones, y que conducen a una repetición inacabable de las mismas respuestas emocionales o de conducta que perpetúan los síntomas del paciente.

8. El equilibrio gratificación frustración.

Finalmente, quiero referirme a la siempre discutida y difícil cuestión de la gratificación de las demandas del paciente. Se ha convertido en una costumbre, por parte de los partidarios del modelo pulsional, el acusar al psicoanálisis relacional, en sus distintas vertientes, de limitarse a ofrecer una relación gratificante al paciente, en lugar de interpretaciones que resuelvan sus conflictos intrapsíquicos. Y también es una costumbre, en esta acusación, confundir la gratificación de las pulsiones con la satisfacción de las necesidades. Y se olvida que la primera e ineludible satisfacción que precisa todo paciente es que sus necesidades sean escuchadas y comprendidas, incluso aunque no sean satisfechas. En todo proceso psicoanalítico ha de existir un equilibrio entre frustración y satisfacción. De lo contrario, el proceso se estanca y lo único que puede conseguirse es una sumisión del paciente a la crónica frustración impuesta, lo cual, en mi opinión, es el destino de muchos análisis. Las necesidades emocionales de los pacientes, muy diferentes de la regresión libidinal, se refieren al establecimiento de una relación que permita restaurar las deficiencias del *self*, y esto no ha de confundirse con la gratificación de la libido infantil y de las pulsiones edípicas. Además, estas críticas se efectúan partiendo únicamente de la teoría de que la causa de las perturbaciones del paciente radica en la presencia de un conflicto intrapsíquico en el inconsciente reprimido, el único conocido por el psicoanálisis tradicional. Y se olvida que actualmente, en nuestra tarea como psicoanalistas, nos enfrentamos con síntomas y comportamientos patológicos que surgen del inconsciente no reprimido o de procedimiento, cuya existencia ha sido puesta de manifiesto, sin lugar a dudas, por la misma experiencia psicoanalítica y posteriormente se ha visto confirmada por los estudios de la relación bebé – padres, así como por la neurociencia.

Desde siempre ha existido, dentro del pensamiento psicoanalítico, un sentimiento de temor sagrado frente a la idea de que el analista pueda sentir alguna clase de amor por sus pacientes, algo que se ha vivido como una suerte de sacrilegio. A mi juicio es evidente que no ha de tratarse de un amor erótico, ni de un amor de amistad, pero yo pregunto: ¿y el amor terapéutico?. ¿No ama el jardinero a sus flores?, ¿el poeta a su poesía?, ¿el compositor a su música?, ¿el investigador a sus descubrimientos ¿el artista a sus producciones, ¿el ecologista a la naturaleza?. Entonces, porque no puede el analista amar a su tarea terapéutica con un amor que trasciende y matiza la relación con sus pacientes?. Que cada cual piense libremente.

REFERENCIAS

- ADROER, S., y CODERCH, J. (1991). “El trabajo del analista frente al defecto y frente al conflicto”, *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, Vol.II: 105-118.
- BALINT, M (1968). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects*, Londres: Tavistock.
- BOLWBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol.2., Nueva York: Basic Books.

- CALL, J. (1980). "Attachment disorders of infancy", en H. Kaplan y col. "*Comprehensive Textbook of Psychiatry*", vol. III Baltimore: Williams & Wilkins.
- CODERCH, J. (2001). *La Relación Paciente – Terapeuta*, Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer - Paidós
- CODERCH, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
- COHEN, J. & KINGSTON, W. (1983). "Repression theory. A new look at the cornerstone", *Int. J. Psychoanal.*, 65: 411-422.
- FAIRBAIRN, R. (1943). "La represión y el retorno de los objetos malos", en *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*, Buenos Aires: Paidós, 69-86.
- FERENCZI, S (1924). *Perspectivas del psicoanálisis*, en *Obras Completas*, Madrid: Espasa - Calpe, vol.3, 267 - 286.
- FERENCZI, S. (1929). "Principio de relajación y neocatarsis", en *Obras Completas*, vol 4, 91-108.
- FERENCZI, S. (1931) : Análisis de niños con los adultos", en *Obras Completas*, vol 4, 109.124.
- GABBARD, G.O. y WESTEN, D. (2003). "Rethinking therapeutic action", *Int. J. Psychoanal.*, 84: 823-841
- GEDO, J. (1984). *Advances in Clinical Psicoanálisis*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- KILLINGMO, B. (1989). "Conflicto y déficit: Implicaciones para la técnica", *Libro Anual de Psicoanálisis*, Tomo V: 112-126.
- KILLINGMO, B.(1995). Affirmation in Psychoanalysis", *Int. J. Psychoanal.*, 76: 503-518.
- KOHUT, H. (1971). *Analysis of the Self*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- KOHUT, H. (1977); *The Restoration of the Self*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- KOHUT, H.(1984). *How does Analysis Cure?*, Chicago: Chicago Univ. Press.
- LECOURS, S. (2007). "Supportive interventions and non symbolic mental functioning", *Int. J. Psychoanal.*, 88: 895-916.
- MODELL, A. (1976). "The holding environment and the therapeutic action of psychoanalysis", *Amer. Psychoanal. Assn.*, 24: 285-307.
- NEMIROVSKY, C.(2007). *Kohut y Winnicott*,(2007), Buenos Aires:
- PALLY, R. (2007). "The predicting brain", *Int. J. Psychoanal.* , 88: 825-842.
- PINE, F. (1994); "Some impressions regarding conflict, defect and deficit", *Psychoanalytic Study of the Child*,49: 222-240
- SUGARMAN,A. (1995). Psicoanálisis: Treatment of Conflict or Déficit", *Psychoanalytic Psychology*, 12: 55-70
- SULLIVAN, H. (1940). *Estudios Clínicos de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Psique, 1963.
- SULLIVAN, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psicoanálisis*, Nueva York: Norton.
- WINNICOTT, D. (1965). "*The Maturational Process and the Facilitating Environment*, Londres: Hogarth Press.

NOTAS

¹ Versión ampliada de la conferencia pronunciada el 26 de Octubre de 2007 en el *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid, España)

² Joan Coderch. Doctor en Medicina-Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular y Didacta de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (IPA). Ha sido profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Dirección del autor: Balmes 317; 08006 Barcelona. Correo electrónico. 2897jcs@comb.es. Autor de muy numerosas obras, entre las más recientes están: *Pluralidad y diálogo en Psicoanálisis* (Herder) [véase reseña en CeIR V1N1] y *La relación paciente-terapeuta* (Paidós).

³ En colaboración con O. Rank