

TEMAS DE PSICOANÁLISIS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOANÁLISIS

Vol. II (1997)

CUESTIONES
TÉCNICAS

¿ES POSIBLE EL CAMBIO PSÍQUICO?*

Joan Coderch**

La cuestión del cambio psíquico a que puede dar lugar el tratamiento psicoanalítico siempre ha sido un tema de la máxima importancia dentro de la teoría y la técnica del psicoanálisis. Buena prueba de ello es que el 37 Congreso de la API, celebrado en Buenos Aires en 1991, estuvo dedicado al tema «Cambio psíquico: Desarrollos en la teoría de la técnica psicoanalítica», habiendo sido publicadas las comunicaciones sobre este asunto presentadas en dicho Congreso en el vol. 73 del *International Journal of Psycho-Analysis* (1992), al cual remito a los lectores interesados. Sin embargo, la misma calidad de tales comunicaciones induce a continuar la discusión para intentar una mayor profundización en algunos de los puntos más oscuros y difíciles de dilucidar. En este trabajo, intento desarrollar algunas reflexiones acerca de los problemas que se nos plantean si nos preguntamos acerca de la posibilidad real del cambio psíquico y de las dificultades que se oponen al mismo.

Introducción al problema del cambio

Lo que primeramente quiero señalar es que cuando hablamos de cambio psíquico solemos hacerlo con tanta naturalidad y despreocupación como si esta cuestión del cambio fuera la cosa más elemental y comprensible del mundo, cuando en realidad es todo lo contrario. Yo creo que los psicoanalistas hemos de acostumbrarnos a manejar con especial cuidado aquellas ideas que pertenecen al acervo común de las ciencias, de manera que tengamos en cuenta lo que sobre ellas opina el resto de la comunidad científi-

* Publicado en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XII, n.º 2 (1996).

** Joan Coderch. Dirección: Balmes, 317. 08006 Barcelona.

ca, y no las utilicemos como si fuera algo de nuestra exclusiva incumbencia y sobre lo que nadie se hubiera todavía pronunciado.

El planteamiento de la naturaleza del cambio, las preguntas acerca de qué cosa es el cambio, los interrogantes acerca de cómo puede concebirse el cambio, e incluso las dudas en torno a si realmente es posible el cambio, son asuntos que desde muy antiguo han preocupado a filósofos y científicos, y que distan mucho de estar totalmente resueltos. No es tarea nuestra en tanto que psicoanalistas, adentrarnos profundamente en los problemas científicos y epistemológicos con que nos enfrenta el concepto mismo del cambio, pero sí creo que el hecho de tener en cuenta las complejidades que presenta la idea del cambio, y las incertidumbres y enigmas que ante ella se levantan, nos ayudará a precisar mejor aquello que hemos de entender por cambio psíquico, así como las relaciones entre este último y el concepto de estructura mental.

La preocupación por el problema del cambio comenzó ya con los filósofos presocráticos, siendo Parménides de Elea (ss. VI-V a.C.) y Heráclito de Éfeso (ss. VI-V a.C.) los dos máximos representantes de la discusión sobre este tema. Es menester advertir que los filósofos griegos se preocupaban por cuestiones relativas al conocimiento de la naturaleza y no por problemas puramente abstractos o metafísicos y sin relación con la ciencia, por lo cual la filosofía helénica puede ser incluida plenamente, en su mayor parte, dentro de lo que hoy denominamos filosofía de la ciencia.

Para Parménides, la noción de cambio nos introduce en un problema lógico. Lógicamente no es posible el cambio, nos dice, ya que una cosa no puede cambiar sin perder su identidad. Si sigue siendo la misma no cambia, y si pierde su identidad entonces ya no es esa cosa que ha cambiado, sino que es otra cosa. En realidad, esta idea de Parménides acerca de la imposibilidad del cambio depende de su filosofía del ser. Para él, el ser no tiene un pasado, porque el pasado es aquello que ya no es, ni tampoco un futuro, que todavía no es. El ser es un presente eterno, sin comienzo ni final. Como consecuencia, el ser es inmutable e inmóvil, porque tanto la movilidad como la mutación suponen un no ser hacia el cual tendría que moverse el ser o hacia el cual debería transmutarse. Parménides resolvió la cuestión de los cambios que podemos observar con su doctrina de la identidad de los opuestos, afirmando que tales cambios son sólo aparentes. El cambio es la transición de un opuesto a otro, pero si los opuestos son idénticos, aunque parezcan diferentes, entonces el cambio es sólo aparente. Para Parménides, el error que lleva a creer en la posibilidad del cambio consiste en no tener en cuenta que los opuestos hay que pensarlos como incluidos en la unidad superior del ser: los opuestos en ambos casos son

«ser», y así, en la medida en que están englobados en el ser, todos los fenómenos que se nos presentan aparentemente como cambiantes están, en realidad, inmovilizados y petrificados en la inmovilidad del ser. Para Parménides sólo existe el ser, *lo que no es no es*, la nada no es, por tanto el vacío no existe, y el mundo es pleno, indiviso, inmóvil, puesto que toda división significaría la existencia de un vacío que separa las partes. El movimiento no puede darse en un mundo semejante, el cambio no es más que una ilusión.

El dilema que se nos plantea, por tanto, es el de que aquello que ha de cambiar ha de seguir siendo lo mismo, de manera que, mientras cambia, la cosa cambiante ha de seguir siendo idéntica a sí misma (K. Popper, 1972). De lo contrario, no podríamos hablar de cambio, sino de sustitución de una cosa por otra. Así, cuando los psicoanalistas decimos que un paciente A ha cambiado, señalando, por ejemplo, que en un principio eran predominantes en él las actitudes de hostilidad, desconfianza y agresividad hacia el analista, mientras que ahora expresa confianza y sentimientos de sentirse comprendido, sin duda que queremos expresar que este paciente A de quien decimos que ha cambiado es el mismo paciente A anteriormente desconfiado y hostil, pese a que no manifieste por más tiempo tales sentimientos y actitudes que le caracterizaban, pero no nos referimos a que haya sido sustituido por otro paciente B que acude ahora a las sesiones que correspondían antes al paciente A. Por tanto, al hablar de que el paciente A ha cambiado queremos significar que ha conservado su identidad a través del cambio, aun cuando ahora son predominantes en él características distintas. Pero las cosas no son simples. Si el paciente A actual no presenta ahora la hostilidad y desconfianza que le distinguían y personalizaban anteriormente ¿podemos verdaderamente decir que se trata del mismo paciente? Tal vez las consideraciones que siguen a continuación ayuden a aclarar esta pregunta.

Heráclito sostiene la doctrina contraria a Parménides. Heráclito se planteó el problema del cambio y del conocimiento. Para Heráclito todo fluye y nada está en reposo; todas las cosas están en movimiento constante aunque nuestros sentidos no se percaten de ello. Son bien conocidos dos de sus fragmentos más famosos: «No podemos bañarnos dos veces en el mismo río y no se puede tocar dos veces una sustancia mortal en el mismo estado, sino que a causa de la impetuosidad y la velocidad de la mutación, se recoge y se dispersa, viene y va»; y «bajamos y no bajamos al mismo río, nosotros mismos somos y no somos». El río es aparentemente siempre el mismo, pero en realidad las aguas en las que podemos sumergirnos siempre son otras de aquellas en las que nos sumergimos la primera vez, y

nosotros mismos también cambiamos y somos alguien distinto al que éramos cuando comenzamos a sumergirnos. Desde este punto de vista, también pudo decir Heráclito que somos y no somos, porque para ser lo que somos en un momento determinado, debemos no-ser-ya aquello que éramos en el instante precedente, y para continuar siendo debemos no-ser-ya aquello que somos en cada momento. Para Heráclito no existen los cuerpos sólidos, no hay cosas, sino procesos que fluyen, que son como una llama que bajo la apariencia de una forma definida es un proceso, un río que discurre incesantemente. Heráclito adjudicó al fuego la naturaleza de todas las cosas, debido a que el fuego expresa de manera convincente las características de la mutación continua. El fuego es movimiento y cambio ininterrumpido, en una continuada transformación del combustible en llama, calor, humo y cenizas. Todas las cosas son como llamas, y la aparente estabilidad de las cosas se debe únicamente a la armonía y la regularidad del *logos* que regula todos los acontecimientos del mundo. Porque para Heráclito este fuego siempre cambiante es como un rayo que gobierna todas las cosas, y lo que gobierna todas las cosas es inteligencia, es razón, es *logos* (G. Reale y D. Antiseri, 1988).

Otro filósofo presocrático, Demócrito de Abdera (460 a.C.), el cual intuitó genialmente el concepto del átomo, aborda el problema del cambio conjugando hasta cierto punto las teorías de Parménides y de Heráclito. Para Demócrito el mundo está compuesto de partes —partículas pequeñas que no son descomponibles en otras, y que por eso llamó *a-tomos* (en griego, *a-tomos* significa in-divisible), por tanto el mundo no puede ser pleno, y por tanto el vacío existe. El vacío es tan necesario como el lleno. Sin vacío los átomos no podrían diferenciarse y ni siquiera moverse. Átomos, vacío y movimiento constituyen la explicación de cualquier fenómeno de la naturaleza. Todo cambio se debe a las distintas posiciones y agrupamientos que los átomos ocupan en el espacio. De acuerdo con esto, todo cambio es movimiento. Demócrito se adelantó a la moderna ciencia de la naturaleza, al reducir el problema del cambio al desplazamiento de átomos (para nosotros, los átomos de Demócrito son las partículas elementales que los constituyen) en el espacio. La teoría del cambio de Demócrito fue aceptada por Platón y rechazada por Aristóteles, para quien el cambio es la expresión de potencialidades inherentes a la sustancia, que en sí misma permanece inmutable. Pese a Aristóteles, la teoría de Demócrito, según la cual todo cambio debe ser explicado por el movimiento, ha sido aceptada por la física hasta la actualidad, aun cuando modificada por los nuevos descubrimientos. Más concretamente, por las leyes newtonianas del movimiento, las hipótesis de Faraday y Maxwell acerca de los campos cambian-

tes de fuerzas magnéticas y eléctricas,¹ y la teoría de la relatividad einsteiniana según la cual todos los movimientos son relativos al sistema de referencia en el cual se halla el observador que los mide.

Popper (1972) considera muy válida la siguiente solución al problema del cambio que él atribuye a Heráclito: «No hay cosas (inmutables); lo que se nos presenta como una cosa es un proceso. En realidad, un objeto material es como una llama, pues ésta parece ser una cosa material, pero no lo es; es un proceso, está en flujo; la materia pasa a través de ella; es como un río.

»Así, todas las cosas aparentemente estables, o más o menos estables, se hallan realmente en flujo, y algunas de ellas —las que realmente parecen estables— están en flujo invisible» (ed. cast., p. 200).

Yo creo que para los psicoanalistas, que hablamos siempre de *proceso* psicoanalítico, esta idea de que no hay nada inmutable y de que todo se halla en permanente estado de flujo, como una llama, es particularmente atractiva. Este es nuestro concepto de la mente. No consideramos a la mente como algo estático y fijado de una vez para siempre, sino como un conjunto de funciones psíquicas en continuo movimiento, el resultado de una constelación de impulsos, emociones, deseos, ansiedades y defensas que interaccionan constantemente entre sí y con los estímulos que provienen del mundo externo y del propio organismo, una llama que arde desde el principio al fin de nuestros días. Concebimos la mente dinámicamente, por tanto como algo que se halla en un estado de movimiento ininterrumpido, y ya hemos visto que, para las ciencias de la naturaleza, el movimiento es cambio. Por tanto, nuestros pacientes —es decir, su mente— pueden cambiar, puesto que desde esta perspectiva el cambio es posible porque la mente es dinámica, es movimiento, pero a la vez continúan siendo ellos mismos a través del cambio, dado que el hecho de cambiar no altera fundamentalmente la identidad de una cosa que, en sí misma, es movimiento y cambio en una o en otra dirección. Lo que se ha modificado en los pacientes de los que decimos que han cambiado, porque sus ansiedades han disminuido, o porque han desarrollado una nueva capacidad de amar, o porque sus defensas se han flexibilizado, es el sentido, el equilibrio y la configuración de este constante movimiento de funciones psíquicas que constituye nuestra mente. Todo lo cual nos lleva a la noción de estructura, de la que me ocuparé en el siguiente apartado, puesto que toda función revela una determinada estructura de los elementos que intervienen en ella

1. Maxwell, desarrollando las ideas de Faraday, manifiesta que la hipótesis de Faraday es correcta cuando afirma que las variaciones del campo magnético inducen un campo eléctrico, y las variaciones del flujo del campo eléctrico inducen un campo magnético.

y, consecuentemente, todo cambio de la función refleja una modificación de la estructura.

Lo que posibilita el cambio de una cosa es el hecho de que posea estructura, puesto que el cambio se debe, en última instancia, a la modificación de la estructura —es decir, de la manera como están relacionados entre sí según ciertas reglas los diversos elementos y funciones que componen esta cosa— pero sin que deje de ser esta misma cosa, dado que los elementos constitutivos de la estructura continúan siendo los mismos. Cuando los elementos constitutivos quedan sustituidos por otros, no puede hablarse de cambio en sentido estricto. Así, por ejemplo, no podemos decir que la planta es una semilla que ha cambiado, sino que lo que antes era semilla ha devenido una planta. Una planta no es una semilla, pero una planta que crece y florece, o se marchita y pierde hojas, continúa siendo la misma planta.

Se puede objetar que las relaciones que hasta aquí he desarrollado acerca de la naturaleza del cambio y de los problemas filosóficos y científicos que este tema plantea, se han referido exclusivamente al cambio de las cosas físicas, pero no debemos olvidar que nuestra mente no se sustenta en el vacío, sino que se halla inextricablemente vinculada a nuestro cerebro (K. Popper y J. Eccles, 1977) y que, por tanto, los cambios psíquicos de los seres humanos no pueden contemplarse como algo por entero independiente de los movimientos neurofisiológicos que acontecen en nuestro sistema nervioso central, sino que siempre han de serlo teniendo en cuenta que unos y otros son expresión de la misma unidad.

El concepto de estructura

El planteamiento de cambio psíquico, por tanto, lleva siempre implícita consigo la idea de estructura, ya que si hablamos de cambio psíquico nos hemos de referir, forzosamente, a que la configuración y el funcionamiento de la mente se han modificado de alguna manera, lo cual comporta suponer que ésta se halla constituida por elementos que están relacionados y organizados entre sí de una forma determinada, y que esta relación y esta organización se han modificado, con lo que nos enfrentamos con la noción de estructura.

A veces se dice que cualquier cosa, a condición de que no sea amorfa, posee estructura. Esta proposición parece muy clara y decisiva, pero he de hacer la observación de que se trata de una proposición engañosa, que es tan sólo una tautología, porque con ella lo que se dice es, sencillamente,

que aquello que no tiene estructura no la tiene (J. Ferrater Mora, 1979). Sin embargo, a mí me parece evidente que la mente no es amorfa, porque nosotros nos sentimos a nosotros mismos extraordinariamente complejos y compuestos de diversos tipos de deseos, emociones, pensamientos, etc. A partir de aquí, pues, y aun cuando el problema de la estructura es formidablemente enrevesado, deberemos entendernos presuponiendo, al menos como hipótesis de trabajo, que la mente tiene una determinada estructura, entendiendo por estructura algún conjunto o grupo de elementos relacionados entre sí de acuerdo con determinadas reglas, o algún conjunto o grupo de elementos funcionalmente correlacionados. Por otro lado, dice Ferrater Mora (1979), la estructura puede entenderse como un conjunto o grupo de sistemas, de manera que los sistemas funcionan en virtud de la estructura que tienen. Desde esta perspectiva, podemos abordar la visión de la estructura de la mente tanto desde el punto de vista de la manera como están ordenados entre sí los diferentes elementos que supuestamente la constituyen, como desde el punto de vista de las funciones mentales, organizadas y vinculadas entre ellas según determinadas pautas. Dado que la mente no es visible, lo que sí podemos detectar son sus funciones, tales como la memoria, la atención, el deseo, las emociones, etc., y a partir de estas funciones conjeturamos la existencia de una estructura de la que son la expresión. Por otro lado, puesto que toda función tiene una forma constante de realización y unos objetivos, nos patentiza por sí misma la existencia de una estructura.

En el psicoanálisis, la perspectiva clásica de la estructura de la mente es la que nos da Freud con su división tripartita del aparato psíquico en ello, yo y superyó. Esta es conocida como la teoría estructural de Freud. Pero importa advertir que, para muchos autores, no es lo mismo el modelo tripartito de Freud que el concepto de estructura aplicado a la mente humana. Así, Beres (1965) piensa que a partir del modelo tripartito de Freud se ha cosificado el término estructura, dándole un significado mucho más amplio del que pretendía Freud, y cree que sería mejor hablar de la teoría funcional del psicoanálisis. F. Schwartz (1981) afirma que los criterios definidores de estructura son, a la vez, organización y función, ya que el funcionamiento de un sistema dinámico es una parte de su definición. Gill (1963), por su parte, distingue entre estructura y funciones, y utiliza el término «modo de función» cuando se refiere al proceso y «modo de organización» cuando se refiere a la estructura. En este sentido, Rappaport y Gill (1959) hablan de estructuras como pautas estables en el flujo de los procesos de los cuales inferimos aquéllas, y como configuraciones internas por medio de las cuales los procesos mentales tienen lugar. Gill también

emplea el término «macroestructuras» para referirse al nivel de abstracción estructural delimitado por el modelo tripartito, mientras que habla de «microestructuras» en relación a los elementos psíquicos organizados, conscientes o inconscientes, tales como huella mnémica, deseos y representaciones del *self* y de los objetos.

Creo, por tanto, que el concepto de estructura subyacente a las funciones psíquicas es imprescindible. Además de su poder explicativo como hipótesis de trabajo, este concepto establece vías de enlace entre el psicoanálisis y la investigación en neurofisiología y psicología cognitiva. En ocasiones se dice que el concepto de estructura en psicoanálisis no es más que una metáfora, pero yo no creo que forzosamente haya de pensarse que esto es así. A. Schwartz (1988) en un documentado estudio revisa diversos trabajos de neurofisiología que se han centrado en la existencia de organizaciones neuronales y neuroquímicas del cerebro, estructuradas y difícilmente modificables. Es de gran importancia para el psicoanálisis el hecho de que la neurofisiología ha comenzado a establecer que las representaciones mentales tienen un fundamento detectable, biológico y celular. De esta noción, dice A. Schwartz, de que las representaciones mentales dependen de manera concreta de estructuras reales —entidades anatómicas y neurofisiológicas— derivan dos consecuencias: que estos registros son duraderos, y que, si no lo son, ello comporta un déficit de las funciones psíquicas. Estos trabajos sugieren que el concepto general de estructura psíquica se halla en la frontera entre el soma y la psique, y que esta estructura psíquica se halla en estrecha relación con la organización neurobiológica. Piensa también A. Schwartz que de algunos de estos trabajos se deduce que las variaciones en el input a causa de los estímulos ambientales y de las relaciones interpersonales, durante los primeros períodos de crecimiento, pueden tener profundos y permanentes efectos sobre la estructura cerebral y sus funciones (M. Reiser, 1985). Pese a la diferencias reales entre estructura neurofisiológica y estructura psíquica, no es excesivamente aventurado suponer la existencia de algún paralelismo funcional entre una y otra.

Como un ejemplo de la trascendencia de las investigaciones a las que me estoy refiriendo, podemos considerar que frente a algunos descubrimientos de tipo neurofisiológico o neuroquímico en ciertas enfermedades mentales, pongamos por caso la esquizofrenia, no es válido afirmar con toda seguridad, como con tanta frecuencia se hace por parte de los partidarios de la psiquiatría biológica en su extremo más radical, que tales disfunciones son las responsables de las alteraciones emocionales y de la relación propias de esta enfermedad. Frente a tales descubrimientos cabe pensar, en un sentido no contrapuesto pero complementario, que a su vez son las

primerizas alteraciones emocionales y de las relaciones interpersonales en los niños que más adelante, en la adolescencia o en la edad adulta, desarrollarán una psicosis esquizofrénica, las que dan lugar a la configuración anómala de determinados circuitos neuronales que provocarán, tal vez de manera irreversible, determinadas organizaciones psicopatológicas. Favorecen este punto de vista los ya clásicos estudios de Spitz sobre hospitalismo (1965). Desde las investigaciones de este autor, sabemos que los bebés con carencia afectiva no tan sólo se desarrollan a todos los niveles más lentamente y presentan mayor morbilidad y mortalidad que los bebés criados en un medio suministrador de la cantidad de afecto y estimulación que podemos considerar adecuada, sino que también, a partir de determinada edad y de cierto grado de carencia, en aquellos que sobreviven el retardo mental es ya irreversible, prueba indudablemente sólida de que las experiencias emocionales dan lugar a la formación de algunas interrelaciones neuronales y bioquímicas, por tanto de estructuras, que se han estabilizado de manera inmodificable.

En relación a este soporte que las investigaciones neurofisiológicas pueden proporcionar a las teorías psicoanalíticas, considero interesante transcribir algunas manifestaciones de E.R. Kandel en su trabajo «From metapsychology to molecular biology: Explorations into the nature of anxiety» (1983). Dice Kandel, después de haber estado refiriéndose a las dificultades del psicoanálisis para la verificación experimental de sus teorías: «Yo también pienso que la emergencia de una neuropsicología empírica de la cognición basada en la biología celular puede producir un renacimiento del psicoanálisis científico. Esta forma de psicoanálisis puede fundarse en hipótesis teóricas más modestas que las se han aplicado hasta el momento, pero pueden ser más testables a causa de su mayor proximidad a la investigación experimental» (la traducción es mía; p. 1.282). Y más adelante se refiere a las bases neurofisiológicas de la ansiedad de alarma y la ansiedad crónica, y a la posibilidad de que dichas bases sean modificadas por experiencias psicoterapéuticas: «El modelo que yo he considerado enfatiza la interrelación celular de la ansiedad anticipatoria y crónica. [...] Ambas formas de ansiedad involucran el reforzamiento de las conexiones a través de la modulación de la transmisión sináptica. [...] Yo he sugerido que el aprendizaje normal, el aprendizaje de la ansiedad y la disolución de este aprendizaje a través de la intervención psicoterapéutica, pueden involucrar cambios duraderos, funcionales y estructurales, en el cerebro» (la traducción es mía; p. 1.291).

Dewald (1993) ha propuesto una ingeniosa metáfora para una mejor comprensión del concepto de estructura psíquica, diciendo que podemos

suponer que ésta tiene algunas cualidades propias del lenguaje escrito. De acuerdo con esta metáfora, las letras individuales del alfabeto pueden representar la base específica de las funciones individuales en su nivel más primitivo de desarrollo. Grupos de letras son organizados en palabras que tienden a persistir en su distribución y sistematización, y representan algunas de las funciones intermedias de la estructura. El agrupamiento de las palabras en frases, proposiciones y párrafos, y su utilización para expresar una amplia variedad de significados e ideas, correspondería, dentro de esta metáfora, a los más abstractos y elevados niveles de organización de las funciones mentales.

En mi opinión, resulta útil diferenciar entre estructuras psíquicas nucleares y estructuras psíquicas derivadas. Las estructuras psíquicas nucleares son aquellas que fueron creadas durante las primeras fases del desarrollo infantil. Estas estructuras son muy difícilmente influenciadas, obedecen a las pautas del proceso primario y tienden a permanecer inconscientes. Con la maduración del aparato psíquico evolucionan, a partir de tales estructuras nucleares, otras estructuras más complejas especialmente ligadas a las emociones, los conflictos intrapsíquicos y las defensas, así como a los procesos de relación interpersonal y de adaptación. Estas estructuras más evolucionadas, aun cuando enraizadas en las estructuras nucleares en su base, son más significativamente influenciadas por las experiencias reales de la relación interpersonal y de la cotidianidad de la existencia. Esto explica la gran variedad con que las estructuras psíquicas se reflejan en los conflictos, defensas y pautas de comportamiento.

Desde el punto de vista de la teoría kleiniana, creo que aquello que configura las estructuras psíquicas es, por un lado, el grado de incorporación del buen objeto en el yo y la representación del *self*, y por el otro, las relaciones del *self* con los objetos y de los objetos entre sí. Dado que los objetos son, en un primer momento, la fantasía inconsciente de una presencia concreta que satisface una pulsión o la frustra y provoca un sufrimiento, evolucionando más tarde estas presencias concretas hacia la formación de símbolos, podemos decir que son las fantasías inconscientes aquello que constituye la estructura psíquica básica.

Si intentamos ahora precisar un poco más el concepto de estructuras psíquicas, creo que podemos definir las como núcleos de funciones suficientemente diferenciados entre sí como para poder ser delimitados individualmente. Ya me he referido a la teoría tripartita de Freud a este respecto. Podemos decir, por tanto, que una estructura es un conjunto de funciones estables, vinculadas entre ellas y de un nivel de organización superior a otros elementos psíquicos, menos extensos, que son el resultado de las mis-

mas (L. Rangell, 1989). Así mismo, pienso que también podemos considerar la existencia de macroestructuras, como son el ello, el yo y el superyó, dentro de cada una de las cuales podemos distinguir determinadas microestructuras. Otra perspectiva estructural, que no excluye la primera sino que se combina con ella y la completa, es la que deriva del concepto de mundo interno, tal como nos ha sido expuesto a lo largo de su obra por M. Klein. En este mundo interno la configuración estructural viene dada por el entramado de las relaciones objetales internas del que ya he hablado antes. Creo que las fantasías inconscientes de las relaciones del yo con los objetos internos y de las de éstos entre sí son la materia prima con la que se construyen las estructuras psíquicas.

Algo que considero fundamental a tener en cuenta es el hecho de que, como dicen Rappaport y Gill, las estructuras psíquicas son grupos de organizaciones mentales de cambio muy lento que establecen pautas de continuidad y permanencia en el transcurrir ininterrumpido de los procesos mentales. Tal continuidad y permanencia es aquello que dota a cada sujeto de unas formas de funcionamiento y de respuesta mental relativamente repetitivas y peculiares. Por tanto, podemos decir que estas estructuras son conservadoras, en el sentido de que se oponen al cambio y tienden a permanecer invariables y a perseverar en su estado (D. Rappaport y M. Gill, 1959). Aun cuando relativamente y parcialmente susceptibles de modificaciones, tanto por razones internas como por experiencias interpersonales, estas modificaciones son siempre lentas y de difícil consecución. Es muy posible que las estructuras nucleares sean, al menos en gran medida, inmodificables por cualquier experiencia, incluida la psicoanalítica. De su nivel de organización y funcionamiento, así como de las relaciones que entre sí mantienen estas estructuras, depende el grado de patología o de salud mental de cada sujeto. Dado que su funcionamiento es predominantemente inconsciente, los estímulos y vivencias que inciden sobre ellas poseen una mayor o menor aptitud para producir modificaciones de acuerdo con su significado inconsciente.

El tratamiento psicoanalítico es el método a través del cual puede producirse un cambio de las estructuras psíquicas del sujeto analizado. Y al decir cambio me refiero tanto al cambio «microscópico» que puede darse en cada una de ellas, como al cambio más extenso de las relaciones de los diversos núcleos estructurales entre sí.

Dificultades que plantea la noción de cambio psíquico

Frente a las afirmaciones que he realizado en los anteriores párrafos surge una seria objeción. Si consideramos que las estructuras son pautas estables en el flujo continuado de los procesos psíquicos (D. Rappaport y M. Gill, 1959), suponiendo incluso, como he dicho antes, que se hallen entrelazadas con una supuesta base biológica, ¿de qué manera nos explicamos la posibilidad de cambio en el curso del proceso psicoanalítico? J. Sandler y A.M. Sandler (1993), quienes consideran que el cambio psíquico consiste esencialmente en un cambio estructural, intentan resolver la cuestión diferenciando entre cambio estructural en el sentido estricto y cambio en la *organización* estructural, siendo este último, en su opinión, el único cambio verdaderamente factible. Piensan J. y A.M. Sandler que los cambios en el funcionamiento del yo, tal como podemos ver en la regresión, no involucran necesariamente un cambio en la estructura del mismo, sino más bien la puesta en marcha de previas estructuras que habían sido inhibidas en el curso del desarrollo, a lo cual ellos denominan la pérdida de la *autonomía funcional*. En contraste a esta pérdida de autonomía funcional, afirman, la *autonomía estructural* sólo se pierde en el curso de ciertas patologías orgánicas y psicóticas. En relación al problema del cambio, creen J. y A.M. Sandler que, si consideramos los procesos «progresivos» en vez de los «regresivos», podemos decir que el desarrollo de nuevas estructuras y de una distinta organización estructural da como resultado la inhibición de estructuras antiguas y, como consecuencia, del empleo de viejas soluciones frente al conflicto. En lo que concierne a la relación entre cambio psíquico y estructura en el curso del proceso psicoanalítico, los Sandler parten del punto de vista de que los rasgos patológicos del carácter y los síntomas clínicos representan organizaciones estructuradas que se han manifestado como «soluciones» que, siendo malas, eran las mejores que el yo del paciente pudo hallar dados sus recursos y las circunstancias del momento. Si el tratamiento transcurre con éxito, estas viejas soluciones serán sentidas como distónicas y quedarán inhibidas, siempre y cuando el paciente, a través de la adecuada elaboración de la experiencia analítica, pueda encontrar nuevos caminos para hacer frente a los conflictos intrapsíquicos que desencadenaron tales malas soluciones.

Creo que el valioso y estimulante pensamiento de J. y A.M. Sandler respecto a toda esta cuestión nos lleva a plantearnos la idea de que los conflictos nucleares no se resuelven nunca, y que lo que puede alcanzarse en el curso del análisis es que el paciente encuentre nuevas soluciones para los antiguos conflictos partiendo de las mismas estructuras básicas. Es de-

cir, las mismas estructuras pueden adquirir diferentes funciones y ponerse al servicio de otras finalidades. Esto, en mi opinión, enlaza con el concepto freudiano de sublimación y con el kleiniano de reparación. Desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica e incluso de la psicología general no es extraño ver cómo las mismas potencialidades puede utilizarse con diversas finalidades, de manera semejante a como la energía nuclear puede ponerse al servicio de la humanidad o dirigirse a la destrucción de ésta.

Otra perspectiva, que se deriva de las ideas que he estado exponiendo en los anteriores párrafos, es la que nos ofrece la hipótesis de que en el curso de la maduración de la mente tiene lugar un proceso de jerarquización, de manera que van creándose nuevas estructuras que inhiben las antiguas, de manera similar a lo que ocurre en el sistema nervioso central

Esto nos permite explicar tanto la regresión que aparece en determinadas perturbaciones psíquicas, regresión ocasionada por el debilitamiento de las estructuras más modernas, como la regresión transferencial. El modelo somático que nos ayuda a comprender mejor lo que estoy diciendo podemos encontrarlo en algunos síndromes neurológicos que aparecen a causa del debilitamiento de estructuras neurológicas superiores que en el curso de la evolución de la mente inhiben otras más arcaicas. Este es el caso de los síntomas extrapiramidales en la enfermedad de Parkinson, ocasionados por la degeneración de las células dopaminérgicas nigroestriadas de los ganglios basales encargados de inhibir las neuronas del cuerpo estriado que contienen acetilcolina, lo cual origina una hiperfunción de estas células colinérgicas. Si la hipótesis que formulo es verosímil —no olvidemos que estamos hablando siempre de hipótesis— podemos pensar que en el curso del proceso psicoanalítico, similarmente a lo que sucede en el curso de la evolución normal de la mente, se van formando, de acuerdo con las ideas de los Sandler que he expuesto anteriormente, organizaciones estructurales superiores que inhiben las estructuras más antiguas, las cuales, al adquirir un nuevo predominio por decaimiento circunstancial o permanente de las más recientes, son las responsables de los funcionamientos psíquicos patológicos y desadaptados. Naturalmente, tal como sucede en el campo somático, estas nuevas organizaciones estructurales siempre son más frágiles que las estructuras básicas arcaicas, motivo por el cual pueden disolverse o debilitarse notablemente frente a determinadas circunstancias. Esto nos ayuda a comprender numerosos fenómenos tales como: las oscilaciones entre avance y retroceso que se presentan en el curso del análisis, la regresión transferencial y la reaparición de síntomas que tan frecuentemente se observan en la fase de terminación de muchos análisis, así como las recidivas y empeoramientos, tan-

to en el sentido clínico como en el caracterológico, en pacientes que habían pasado por análisis aparentemente exitosos, tal como nos advierte Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937).

Las modificaciones estructurales

Parto de la hipótesis de que estas estructuras psíquicas a las que me he estado refiriendo son aquello que debe modificarse para que los pacientes en análisis experimenten un cambio psíquico del tipo de reanudación del crecimiento mental y superación de conflictos intrapsíquicos. Y creo, según mi experiencia, que son la interpretación y el *insight* consecutivo a ella los agentes terapéuticos fundamentales que conducen a la obtención de estas necesarias modificaciones (J. Strachey, 1934). Dicho de una forma más precisa, el cambio psíquico es alcanzado mediante la elaboración, por parte del paciente, de las interpretaciones ofrecidas por el analista (H. Segal, 1962; B. Joseph, 1992). M. Klein nos habla repetidamente, en el curso de su obra, de que la finalidad del tratamiento psicoanalítico estriba primordialmente en alcanzar la integración de las partes disociadas de la personalidad, lo cual se lleva a término a través de la interpretación de la transferencia negativa y positiva (M. Klein, 1957). Con este tipo de interpretaciones, los impulsos agresivos y el odio quedan mitigados por la libido y el amor.

No olvido, al hacer la anterior afirmación acerca del papel fundamental de la interpretación y el *insight* como agentes fundamentales del cambio estructural, que en la actualidad son muy numerosos los analistas que sostienen la posibilidad de que dicho cambio sea obtenido a través de la relación de soporte o apoyo, tanto dentro del propio psicoanálisis como en psicoterapias no psicoanalíticas sino primariamente de soporte, y que tales analistas utilizan esta posibilidad como un argumento para poner en duda la importancia de la interpretación y el *insight* para la consecución de tales cambios (A. Kris, 1993; N. Treurniet, 1993). A mi entender, esta forma de enfocar las cosas es errónea. Yo me siento perfectamente de acuerdo con la afirmación de que las relaciones de soporte y apoyo pueden favorecer la aparición de cambios estructurales en quien las recibe. Pero es que también las experiencias de la vida, fuera de toda relación terapéutica, pueden dar lugar a modificaciones estructurales y crecimiento mental. No olvidemos que ya Freud dijo que el psicoanálisis no hace para el neurótico más de lo que hace la vida para el sujeto considerado normal. Pero ello no nos autoriza a colocar en un mismo plano las experiencias de la vida, las rela-

ciones de soporte y el *insight* obtenido a través de la interpretación en el *setting* psicoanalítico.

Lo que yo sostengo, y creo que en esta opinión me acompañan gran parte de los psicoanalistas, no es que *sólo* la interpretación y el *insight* pueden dar lugar a una modificación estructural, sino que nuestras posibilidades de alcanzar ésta son mucho mayores con el empleo de estos agentes terapéuticos, y que la cualidad y profundidad de la modificación así lograda supera ampliamente a la que puede obtenerse por otros procedimientos. Ninguna consideración fundada en las hipótesis básicas del pensamiento psicoanalítico induce a pensar lo contrario. La experiencia también parece mi afirmación. A fin de cuentas, también Freud, en su época prepsicoanalítica, con sus primitivos métodos de sugestión e hipnosis ofrecía a sus pacientes una relación cimentada en el soporte y el apoyo, y si creó el psicoanálisis fue por la insatisfacción de los resultados con ellos obtenidos, y por su comprobación de que, con la interpretación y la construcción, los logros de sus pacientes eran mayores y más duraderos. Así mismo, la práctica, en la actualidad generalizada, de diferentes formas de psicoterapia, da lugar a que cada vez seamos más los psicoanalistas que tenemos la experiencia de pacientes que han pasado por uno o varios tratamientos psicoterapéuticos antes de iniciar el análisis, y la opinión, compartida con los propios pacientes, es indudablemente la de que, aun en los casos en que se produjo cierto cambio psíquico a través de dichos tratamientos, las modificaciones conseguidas con el procedimiento psicoanalítico fueron mucho mayores.

Por otro lado, el hecho de que las psicoterapias de soporte y apoyo pueden dar lugar también a modificaciones estructurales, cosa muy deseable para el bien de todos los pacientes que, por una u otra razón, no pueden ser analizados, no invalida la afirmación de que en el procedimiento psicoanalítico la interpretación y el *insight* sean los principales agentes productores de modificaciones estructurales.

Por el contrario, muestra que, aun cuando el soporte y el apoyo también pueden darse en la relación analítica, estos agentes no son el distintivo del método psicoanalítico, puesto que los comparte con otras psicoterapias, y que lo específico y diferencial del procedimiento psicoanalítico —y de esta aplicación del psicoanálisis que es la psicoterapia psicoanalítica— son la interpretación y el *insight*.

Algo que me interesa aclarar al llegar a este punto es el de la necesaria diferenciación entre el cambio psíquico y los resultados de este cambio psíquico, puesto que son dos conceptos que muy frecuentemente se confunden, y, pese a que esta exigencia de discriminación puede parecer en un

primer momento exagerada o con tintes de academicismo, su olvido entraña con frecuencia graves consecuencias para la teoría y la técnica del psicoanálisis. Es evidente que los cambios psíquicos son operativos y dan lugar a modificaciones en el comportamiento de los pacientes y en su forma de relacionarse con los otros y consigo mismos, tal vez en su sexualidad, en su actividad laboral y en la orientación que pueden dar a su existencia. A fin de cuentas, para esto acuden los pacientes al psicoanálisis, no para lograr únicamente un cambio psíquico en abstracto. Pero ocurre que, a diferencia de lo que es habitual en otras formas de relación humana en las que el objetivo es común, por ejemplo cuando médico y enfermo persiguen juntos el propósito de curar una enfermedad infecciosa que padece el segundo, los objetivos de paciente y analista no son exactamente coincidentes. Los pacientes solicitan análisis con distintas, variadas y legítimas finalidades, tales como verse libres de síntomas, alcanzar una vida amorosa y sexual más satisfactoria, librarse de rasgos del carácter que sienten perjudiciales para ellos, superar inhibiciones, mejorar su rendimiento en múltiples sentidos, etc., pero los analistas, para ser consecuentes con su método, no deben comprometerse con estos objetivos ni desear metas concretas para sus pacientes. Negligir esta realidad comporta una degradación del método psicoanalítico hasta el punto que llega a quedar confundido con una psicoterapia pragmática y de finalidades puramente sintomáticas. Por esto quiero insistir en la necesidad de no confundir los cambios psíquicos con los resultados externamente observables de tales cambios psíquicos, resultados de los que a menudo se habla también como de «finalidades del tratamiento», refiriéndose siempre, en este caso, a aquellas modificaciones en el comportamiento del paciente que se juzga serán más «beneficiosas» para éste. En síntesis, creo que esta perentoria necesidad de diferenciar entre cambio psíquico y resultados externamente observables² de tal cambio puede esquematizarse en tres puntos que citaré a continuación.

2. Al decir externamente observables me refiero tanto a las modificaciones del carácter, comportamiento, tipo de adaptación social, familiar y laboral, desaparición de síntomas, etc., que pueden observar aquellas personas que conviven con el paciente, como a las pautas de relación con el analista que éste puede detectar de una manera evidente, tales como llegar tarde o temprano a la sesión, callar o asociar, mostrarse cortés, amable y agradecido, u hostil, agresivo, despreciativo, etc. Es decir, me refiero a todo aquello que el analista puede observar al margen de la captación del mundo interno del paciente, sólo posible a través del análisis y comprensión de la transferencia. Una actitud de interés y de colaboración con el analista por parte del paciente, por ejemplo, que sustituya una anterior actitud quejosa y despectiva, puede ser, simplemente, una consecuencia del aprendizaje de la identificación al modelo que ofrece el analista o de un esfuerzo consciente de adaptación a aquello que piensa que se espera de él y que significa ser un «buen paciente», sin que se haya producido ningún cambio psíquico.

a) El analista no ha de pretender que su paciente llegue a desplegar o no determinadas formas de comportamiento, de actividades, de relaciones con los otros, etc. Lo único que ha de procurar es ofrecerle la posibilidad de comprenderse a sí mismo, hacerse cargo de sus conflictos intrapsíquicos y reintegrar las partes disociadas de su personalidad, lo cual dará lugar a un incremento de la fuerza y profundidad de su yo. Se trata, dicho de una manera clásica, de hacer consciente lo inconsciente, pero expresado de una manera para mí más plena de significado, de brindar al paciente la oportunidad de pensar aquello que antes era para él impensable. Si el analista se esfuerza para que el paciente despliegue tal o cual actitud o conducta, pervierte el espíritu del análisis, se convierte en un dictador, aniquila la esencia del proceso psicoanalítico e impide el auténtico cambio. Creo que es muy importante tener ésto en cuenta, por ser éste un momento en el que se observa cierta tendencia a la confusión entre psicoanálisis y psicoterapias, y en el que la sociedad ejerce una gran presión sobre los métodos de ayuda psicológica, exigiéndoles «resultados» rápidos y fácilmente comprobables.

b) Las modificaciones externas del comportamiento, la desaparición de síntomas clínicos, la resolución de ciertos conflictos presentes en la vida del paciente, etc., pueden depender de diversos factores, de dentro o de fuera de la relación analítica, y, por tanto, no sirven para acreditar una reorganización de la estructura mental y un verdadero cambio psíquico.

c) Las modificaciones concretas en el comportamiento, en las relaciones con el entorno humano, en la actividad laboral, en la sexualidad, en la sintomatología clínica, etc., están siempre sujetas a valoraciones morales, culturales, sociales, etc., que son siempre circunstanciales y opinables. Aquello que en un momento histórico y en un grupo social determinado puede ser juzgado como una mejoría y una prueba de «éxito» del tratamiento analítico, puede ser calificado de manera muy distinta en otro momento histórico, en otro grupo social o en otra cultura.

Por tanto, creo que como psicoanalistas no hemos de pretender nunca, ni en nuestro trabajo clínico ni en nuestros trabajos científicos, enjuiciar la marcha del proceso analítico sobre la base de la supresión de síntomas, o de la aparición de actitudes y de formas de comportamiento que nos pueden parecer más deseables desde el punto de vista del grupo social y cultural al que pertenecemos. No debemos guiarnos por enunciados tan frecuentes y analíticamente anodinos como: «Ahora el paciente puede trabajar bien», o «las relaciones de pareja han mejorado», o «las relaciones con los padres son más satisfactorias», o «han desaparecido las quejas dirigidas contra el analista», etc. Todo estas novedades pueden ser, efectivamente, el

resultado del cambio psíquico que se ha producido en el paciente, pero también puede presentarse como consecuencia de circunstancias externas o como efectos colaterales de la relación analítica: sugestión, cura transferencial, adaptación, identificación a un modelo, etc., sin que se haya producido ningún cambio psíquico.

El verdadero cambio psíquico, pues, es para mí sinónimo de modificación estructural, y no ha de confundirse con aquello que se observa externamente en formas concretas y que, aun cuando puede ser resultado de este cambio, también puede serlo de otros factores. Con esta afirmación, por tanto, llega el momento de preguntarnos en qué consiste esta modificación estructural. La manera más breve de responder a esta pregunta es la de decir que es una modificación en la configuración de las relaciones objetales internas. Creo que en la actualidad esta respuesta es aceptada por la mayoría de los analistas, pertenezcan a la escuela que pertenezcan, ya que incluso aquellos que piensan que el principal agente terapéutico no son la interpretación y el *insight*, sino la nueva experiencia de relación, también consideran que, en último término, lo que da a esta nueva experiencia de relación su carácter terapéutico es su capacidad de promover una modificación estructural. Las diferencias descansan en el juicio acerca de la manera como se piensa que se llega a esta modificación estructural. De acuerdo con la psicología del yo, son la resolución del conflicto intrapsíquico y la internalización los elementos básicos para esta modificación; la psicología del *self* la ve como resultado de las internalizaciones transmudadoras que ocasionan una reanudación del crecimiento detenido; para la orientación hermenéutica, la modificación se debe al logro de una mayor coherencia narrativa del *self* y de las construcciones en torno al pasado del paciente; para la escuela de las relaciones de objeto, las modificaciones estructurales van paralelas a las modificaciones del mundo representacional y, consiguientemente, de las relaciones con los objetos externos (A. Cooper, 1989; W.W. Meissner, 1991). Ya me he referido anteriormente a que para la escuela kleiniana las modificaciones estructurales descansan en la integración de las partes disociadas de la personalidad, en la disminución de las ansiedades y defensas propias de la posición esquizoparanoide y en la adecuada resolución de la posición depresiva que ello conlleva.

Algunos autores piensan que se ha idealizado el cambio estructural y que debemos centrarnos en el cambio de comportamiento (D. Werman, 1989), pero yo creo que este modo de enfocar la cuestión da lugar a un radical empobrecimiento del psicoanálisis, el cual sufre una «teorectomía», en palabras de Blight (1981), la cual le priva de todo el caudal de conocimientos, adquirido durante largos años, que le permite explicar el funcio-

namiento de la mente humana, las perturbaciones de la misma y las bases teóricas sobre las que ha de asentarse la técnica terapéutica (J. Coderch, 1989). Caso de que prosperara esta orientación, el psicoanálisis quedaría convertido en una psicoterapia pragmática, de matices conductistas y sin poder explicativo de ninguna clase.

En otro lugar (1995) ya he puesto de relieve que, en mi opinión, la manera como puede producirse el cambio psíquico a través de la nueva experiencia de relación y con escaso papel de las interpretaciones permanece siempre como algo más bien misterioso e inexplicado, ya que los conflictos que no llegan a ser verbalizados no pueden hacerse conscientes ni quedar resueltos, ni los elementos de que se componen son susceptibles de pasar a disposición del yo. Dentro de esta corriente de pensamiento analítico que considera en poco el papel de la interpretación y el *insight*, se habla de la capacidad de empatía, de la contención, la benevolencia, la tolerancia, el interés por el paciente, etc., por parte del analista, es decir, de la «nueva experiencia de relación» como del principal agente terapéutico. En mi opinión, es bien cierta la fundamental importancia de esta nueva experiencia que representa la relación analítica, pero también creo que cuando se tiende a disminuir el peso del acto interpretativo como agente terapéutico principal es que se tiene en cuenta tan sólo lo que yo creo que es la primera función de la interpretación, es decir, la función informativa o explicativa de los asuntos del mundo interno del paciente tal como se externalizan en la transferencia. Es decir, la información acerca de aquello que el paciente desconoce de sí mismo. En este caso, es muy natural que se considere que el acto interpretativo es muy insuficiente como agente terapéutico. Este criterio es debido a que se olvida lo que yo llamo la segunda función de la interpretación (1995), la cual es precisamente aquella sobre la que se sustenta la nueva experiencia de relación.

No hay duda de que la relación que se establece entre paciente y analista es muy distinta de todas aquellas que el paciente ha podido mantener a lo largo de su vida, y por esto podemos decir que es una nueva experiencia que produce un fortísimo impacto en el paciente. Pero lo que hemos de tener en cuenta es que corresponde a la interpretación el posibilitar, fomentar y alimentar esta relación. La segunda función del acto interpretativo consiste precisamente en transmitir al paciente la disponibilidad del analista, su esfuerzo para comprenderlo y ofrecerle comprensión, su actitud de constante aceptación, su continua búsqueda de la verdad, su sinceridad, su tolerancia, su interés y la confianza que en él puede depositar, etc. Así, podemos decir que si la primera función del acto interpretativo consiste en informar al paciente acerca de sí mismo, la segunda función es la de ha-

cerle conocedor de la actitud de acogimiento del analista hacia él y de las relaciones profundas que entre ambos se establece. Esta es la manera como se construye la experiencia de relación portadora de nuevas vivencias que han de dar lugar a las modificaciones estructurales sobre las que descansa el cambio psíquico. Porque es preciso recordar siempre que si el paciente no alcanza a desarrollar un adecuado *insight* acerca de las fantasías inconscientes que se involucran en su relación con el analista, esta nueva experiencia quedará irremisiblemente invadida y arruinada por la misma patología que ha llevado al paciente al análisis. Dice Pulver respecto al problema que se plantea entre *insight* o nueva experiencia de relación: «una comprensión de la relación no puede ser mantenida sin *insight* de la dinámica de la relación en sí misma» (cursivas del autor; la traducción es mía; p. 204).

Yo creo que sólo las interpretaciones del analista hacen posible que esta experiencia analítica sea realmente nueva, que no sea para el paciente la repetición inacabable de sus patológicas relaciones de objeto que impiden cualquier cambio psíquico. Mi afirmación, por tanto, con la que concluyo esta parte teórica es la siguiente: no se trata de la disyuntiva nueva experiencia de relación *versus* interpretación e *insight*, tal como erróneamente y con frecuencia se plantea como si se tratara de dos distintos agentes terapéuticos, sino de: *interpretación e insight de la nueva experiencia de relación*.

Caso clínico

En el material que presentaré a continuación no intento mostrar una perspectiva completa del proceso psicoanalítico llevado a término, sino únicamente aquellos aspectos que pueden ser interesantes en relación al tema que estoy tratando.

La Srta. D. era, cuando solicitó el análisis, una mujer soltera que se encontraba en los inicios de la edad media de la vida, y que formaba parte de un numeroso grupo de hermanos y hermanas. En el momento de acudir a mí, la demanda de ayuda se hallaba motivada por su ansiedad, trastornos del humor, dificultades con su familia, fobias, sentimientos de falta de una adecuada orientación en su existencia y graves ansiedades hipocondríacas, especialmente de tipo cancerofóbico. Se trataba de una mujer muy inteligente, instruida y de gustos y preferencias elitistas en lo cultural y artístico.

El pensamiento era, en los comienzos del análisis, poco organizado; el

juicio de realidad, frágil y contradictorio; algunos aspectos de su comportamiento, así como su apariencia general, extravagantes; sus opiniones y puntos de vista, en muchas ocasiones, poco comprensibles y carentes de lógica. Entre ellos, llamaba la atención su incapacidad para llevar a término los trámites necesarios para hacerse cargo de la herencia de su padre, muerto unos años antes, debido a una fuerte ansiedad que se apoderaba de ella en cuanto intentaba proponerse alguna gestión en este sentido. Todo ello me llevó a establecer el diagnóstico de «carácter psicótico»³ (W.R. Bion, 1956, 1957; J. Frosch, 1988, 1990).

Iniciado un tratamiento de cuatro sesiones semanales, éstas se convirtieron prontamente en una sucesión ininterrumpida de quejas, especialmente en relación a sus compañeros y compañeras de trabajo, a los que tildaba de groseros, negligentes en sus obligaciones laborales, irresponsables, estúpidos, etc., insultos éstos que alcanzaban la máxima intensidad cuando se refería a las personas con cargos directivos jerárquicamente superiores a ella. Por su parte, se mostraba extremadamente exigente consigo misma en todo lo concerniente al trabajo, mostrándose siempre sumamente preocupada por cualquier deficiencia que pudiera serle atribuida. Se esforzaba mucho en que yo le diera la razón en todo, insistiendo siempre sobre esto de una manera concreta. Otras quejas correspondían a fobias y ansiedades hipocondríacas que le impedían llevar la vida que deseaba. Durante más de un año continuó quejándose y protestando, dando muy escasas señales de escuchar mis palabras cuando yo intervenía. Llegaba siempre regularmente unos dos o tres minutos tarde a las sesiones, y al cabo de cierto tiempo descubrimos que esto se debía a su incapacidad para permanecer en la sala de espera un solo minuto, ya que ello le producía una extraordinaria ansiedad. Así, al llegar algún minuto tarde, tenía asegurado el hecho de que yo la introduciría de inmediato en el consultorio, sin tener que aguardar ni un solo instante.

A partir del primer momento en el que al abandonar el consultorio se cruzó con algún paciente que llegaba algo adelantado, sus quejas se dirigieron también contra el hecho de que yo atendiera a otros pacientes. En sus

3. Siguiendo las ideas de Frosch, por una parte, y las ideas de Bion acerca de la parte psicótica de la personalidad, por otra, hablo de carácter psicótico en relación al constituido predominantemente por rasgos que revelan la irrupción del funcionamiento psicótico en las formas habituales del pensamiento, ansiedades, defensas y estilo de relación de algunos pacientes, pese a que no existan alucinaciones y delirios en el sentido clínico de la palabra. Creo que el carácter psicótico es, para las psicosis, el equivalente al carácter obsesivo, histérico o fóbico para las neurosis. Aun cuando frecuentemente se confunde con el concepto del llamado síndrome fronterizo, a mi juicio el concepto de carácter psicótico es más estricto y más cercano al cuadro clínico de las psicosis.

protestas en relación a esta cuestión ella hablaba como si yo estuviera realmente haciendo algo totalmente ilegal y delictivo, y hubiera traicionado el pacto que ambos habíamos establecido.

Todo ello coincidió, al filo de cumplirse el primer año de análisis, con la aparición de violentas fantasías de asesinato, tanto hacia sus compañeros de trabajo como contra mis supuestos pacientes, las cuales ella expresaba extrañada de que se le ocurrieran, pero sin ningún sentimiento de culpa o responsabilidad. Al mismo tiempo, la Srta. D. se sentía cada vez más dependiente y necesitada de mí, reaccionaba con enfado al finalizar las sesiones y frente a los fines de semana, exigiéndome que yo me ocupara de ella exclusivamente, que le ofreciera soluciones inmediatas para sus problemas, que le diera sesiones extra y que la dejara telefonearme cuando tuviera deseos de ello.

Prontamente comenzó a quedar claro que el hecho de comunicarme en todas las sesiones la lista de agravios que según ella había sufrido en su trabajo o por parte de alguna de sus amistades, tenía como finalidad el reclamarme que yo fuera omnipotente e hiciera desaparecer todos los inconvenientes y molestias que pudieran sobrevenirle. No se trataba de una fantasía inconsciente que precisara una interpretación por mi parte, sino de una expectativa, como mucho, preconscious y que sólo necesitó una ligera clarificación por mi parte para hacerse plenamente consciente y asumida por parte de la paciente como algo a lo que tenía total y perfecto derecho. Nos encontrábamos, por tanto, frente a un cuadro de regresión maligna (M. Balint, 1968), caracterizado por la instauración de una dependencia regresiva, es decir, una dependencia en la que la paciente intentaba utilizarme no para el crecimiento y desarrollo de su mente, lo cual es lo propio de la dependencia progresiva, sino para prescindir cada vez más de sus capacidades y exigirme a mí que me responsabilizara por entero de ella como de un bebé totalmente pasivo. Se trata de un cuadro muy severo, propio de pacientes psicóticos clínicos o con importantes núcleos psicóticos, que plantea problemas muy delicados de técnica. Por mi parte, no modifiqué en absoluto el *setting* ni, en vista del sentido de sus demandas, ofrecí una quinta sesión, cosa que sí hice mucho más adelante, cuando esta situación quedó resuelta. Me limité a interpretar, sin dejarme llevar por sus protestas, las fantasías inconscientes expresadas en sus reclamaciones y la ansiedad de diferenciación subyacente a las mismas. Transcribiré, a continuación, el resumen de una sesión perteneciente a finales del segundo año de análisis.

La sesión corresponde a un lunes. La paciente, muy irritada, se refiere a una comida, según ella, acompañada de abundante vino y licores, que

sus compañeros y compañeras organizaron el viernes en el propio lugar de trabajo. Ella, como es su costumbre en estas ocasiones, rehusó, ofendida, asistir. Pero se sentía indignada y exasperada por lo que consideraba la mala educación y grosería de esas personas por el hecho de dedicarse a comer y consumir bebidas alcohólicas en un lugar de trabajo no adecuado para estas actividades, insistiendo una y otra vez —de una manera que parecía desmesurada— en que podían ensuciar, desequilibrar y perjudicar determinados aparatos electrónicos que se hallaban en la sala que utilizaron. La Srta. D. no cesaba en sus invectivas, presa de ansiedad y de furia a la vez, y en sus intentos para convencerme, con inacabables razonamientos, de lo inaceptable y estúpido del comportamiento referido. Por su parte, pensaba que si pudiera los mataría a todos y que no sentiría por ello ninguna culpa. Yo le hablé en diversos momentos, aprovechando las pequeñas pausas de la paciente para tomar aliento, de su horror al creer que fragmentos de su mente, llenos de odio y de violencia, estaban penetrando dentro de mí, ensuciándome, perturbándome y no permitiéndome funcionar adecuadamente. Las inferencias por las que escogí esta interpretación entre otras posibles se basó en: *a)* la paciente me advertía de que algo malo, y que yo debía saber, estaba ocurriendo; *b)* la gran ansiedad que presentaba ponía de relieve que esto malo que ocurría tenía lugar en aquel momento, entre nosotros; *c)* aquello que podía ser dañado era algo muy valioso para ella, lo cual intentaba poner de manifiesto a través de la mención de los delicados instrumentos electrónicos; *d)* su insistencia en afirmar que ella no participaba en tales inconveniencias inducía a pensar que estaba negando aquello de lo que precisamente se autoacusaba y por lo que temía ser represaliada; *e)* sus deseos de matar a los infractores del orden mostraban su necesidad de eliminar aquello que en ella misma era causa de ansiedad y temores paranoides. También le puse de relieve sus intentos de impedir esta invasión agresiva mediante sus propias fantasías de violencia y destrucción, pero señalé que esto la hacía sentir más y más amenazada cada vez.

Después de algunas intervenciones en este sentido, la Srta. D. pareció tranquilizarse, y acto seguido refirió un sueño.

En el sueño ella se hallaba en una sala extraordinariamente lujosa y bien amueblada. Ella bebía un líquido que era como un alimento, dulce y muy bueno, en una copa de cristal fino y resplandeciente. Ella estaba entusiasmada por el buen sabor del líquido que bebía, y admirada por la belleza de la copa. Súbitamente, y sin que supiera el porqué, se sentía encolerizada y arrojaba violentamente la copa contra el suelo. Entonces era presa de un gran espanto

y, sin que pudiera saber el motivo, se veía obligada a recoger del suelo los fragmentos de cristal, puntiagudos y cortantes, e impulsada a tragárselos, aun pensando que estos fragmentos de cristal le lesionarían gravemente el estómago y los intestinos. A continuación en el suelo, en donde se había roto la copa, aparecían numerosos insectos que se retorcían moribundos, y que ella experimentaba como repugnantes y amenazadores.

Asoció la cólera experimentada durante el sueño con la gran irritación que había estado expresando contra las personas que habían celebrado la comida, y la rotura de la copa con sus temores a que causaran algún desperfecto en los muebles e instrumentos que se guardaban en la sala en la que se celebraba la comida.

En estos momentos, el estado de ansiedad y de cólera había disminuido notablemente, y a mí me pareció observar en ella un cierto deseo de comunicar y una actitud algo más receptiva. Al mismo tiempo, noté que ya no me sentía a mí mismo abrumado y con dificultad para pensar debido a la avalancha de sus quejas y protestas, tal como había estado experimentando desde el comienzo de la sesión, sino que me sentía muy interesado, más ágil mentalmente y con un sentimiento de una mayor aptitud para comprender lo que estaba sucediendo. Ello me indujo a pensar que el sueño tenía en este momento un carácter comunicativo y de establecimiento de una relación de trabajo. Le interpreté, de acuerdo con este punto de vista, que creía que ella sentía ahora como valiosas y estimables mi función de cuidarla y alimentarla, así como las experiencias que le proporcionaba, pero que a la vez le era difícil tolerar que yo poseyera esta capacidad que admiraba, y esto la llevaba tanto a dar a la misma un matiz de algo maravilloso y fantástico, como a sentirse furiosa e intentar destruirla, y que la culpa y la desesperación por esta destrucción y por la muerte de los bebés en mi interior la impulsaban a ingerir los trozos de cristal que dentro de ella la herirían gravemente. Después de esto, la ansiedad e irritación desaparecieron casi por completo.

En sucesivas sesiones, en las que la Srta. D. fue mostrando paulatinamente una actitud ligeramente más receptiva, pudimos ir analizando con mayor detalle este sueño, viendo cómo la envidia no la dejaba obtener satisfacción de aquello que podía recibir, y que la ansiedad y la culpa la llevaban a identificarse con lo que destruía y a dividir su propia mente en pequeños fragmentos. Esto último, en mi opinión, se hallaba en la raíz de su caracterología psicótica. También pudimos comprender que sus ansiedades hipocondríacas expresaban el temor a ser atacada interiormente por los fragmentos del objeto-analista agredido y destrozado. Los compañeros de trabajo y los

pacientes que imaginaba que yo atendía representaban los bebés dentro de mí, atacados violentamente por ella, y que ahora retornaban vengativamente. Pero, al mismo tiempo, también pudimos ir viendo su admiración y estima por el buen funcionamiento del analista, como reproducción de las experiencias de amor que en su infancia había sentido por su madre, así como sus sentimientos de culpa por su agresividad hacia este objeto amado. Los reproches contra sus compañeros por su supuesto descuido y negligencia eran los reproches que se dirigía a ella misma por su agresividad hacia mi buen funcionamiento. Creo que en las exigencias de perfección frente a su trabajo se escondía un intento de reparación obsesiva.

Un aumento en la capacidad de la Srta. D. para entenderme fue la consecuencia de la comprensión que obtuvimos acerca de su manera de escuchar mis palabras hasta aquel momento. Para ella, era como si yo tratara de reintroducir en su mente los fragmentos hostiles de su *self* que ella había proyectado sobre mí, lo cual la llevaba a «cerrar los oídos» a mis interpretaciones, para evitar que penetraran tales fragmentos en su interior. Como es natural, si esta cerrazón frente a mis palabras hubiera sido absoluta nada habría podido conseguirse. Afortunadamente, en la Srta. D. existía, aun cuando en pequeño grado, la suficiente capacidad para establecer una relación de confianza conmigo y atender algunas de mis explicaciones. Ello permitió que sus temores fueran disminuyendo y que me incorporara como un objeto vivo y favorable para ella en su interior. Esta incorporación de un buen objeto disminuyó la fuerza y peligrosidad del mal objeto, en parte representado por el padre fallecido, de cuya muerte ella se sentía culpable en su fantasía inconsciente, a causa de sus ataques envidiosos originariamente dirigidos a la madre. La tonalidad terrorífica y vengativa de esta imago paterna muerta en su interior era lo que impedía que la Srta. D. se hiciera cargo de la herencia de su padre. Este cambio en la trama de las relaciones objetales internas —introyección de un buen objeto, reconocimiento de su ambivalencia y reintegración en el yo tanto de su odio como de su amor, todo lo cual mitigó sus ansiedades paranoideas— se manifestó externamente en la posibilidad de que la Srta. D. arreglara los asuntos administrativos que le impedían hacerse cargo de la herencia de su padre. Ahora bien, quiero aprovechar este punto para subrayar el limitado interés de las modificaciones del comportamiento para acreditar un cambio psíquico. En mi opinión, la sola modificación de esta conducta externa —ser capaz de recibir la herencia paterna— no nos habría permitido dar por cierto un cambio psíquico en la paciente, ya que la misma podría ser debida a que yo, inconscientemente, la hubiera inducido a tomar esta decisión, o que la hubiera tranquilizado respecto a las conse-

cuencias de la misma, o a que se sintiera protegida por mí o a que el simple razonamiento y verbalización dentro de la sesión de esta situación anómala la hubiera convencido de la necesidad de resolverla definitivamente, etc. Sólo un cambio en las fantasías inconscientes que se expresan en la relación transferencial, permite suponer que una modificación en el comportamiento es debida a un cambio psíquico.

Este cambio psíquico, o estructural, se manifestó también en el hecho de que la dependencia regresiva fuera mudando lentamente en dependencia progresiva. A partir del quinto año de análisis, fueron decreciendo las fantasías de la Srta. D. centradas en las expectativas y exigencias de que yo debía hacerme cargo totalmente de ella, estar siempre a su disposición y librarla de todas sus dificultades y problemas. En su lugar, se mostró más capaz de escuchar mis palabras y vincularlas con sus propios pensamientos y emociones, sintiendo que precisaba la comprensión de las experiencias que vivía en la relación conmigo para obtener algún alivio en sus ansiedades frente a las personas con las que compartía su actividad profesional, y en sus temores hipocondríacos. Por tanto, el objeto-analista había dejado de ser percibido como alguien sin existencia propia y sin otra validez que la de ser un proveedor inagotable de las necesidades de la paciente, para comenzar a adquirir vida y autonomía propias, y pasar a desempeñar un papel de ayuda imprescindible para el crecimiento mental.

A principios del sexto año de análisis, la Srta. D. tuvo un sueño en el que ella estaba invitada a comer, y que ella describió en los siguientes términos:

El apartamento era bonito y acogedor, pero sin excesos de lujo. Estaban invitadas a comer, como yo, otras personas, que me parecían correctas y de trato agradable. De repente aparecía alguien muy extraño, no me queda claro si era un hombre o una mujer, pero sentía que se trataba de un ladrón, un atracador o algo por el estilo que había entrado a robar. Yo me sentía muy angustiada temiendo que a mí también me tomaran por alguien que había entrado a robar y me castigarán y expulsaran, pero al final no pasaba nada, me parece que el ladrón se marchó. La señora de la casa, que yo sentía muy buena y amable, me animaba a sentarme a la mesa. Ya no sé que más ocurría.

Creo que este sueño muestra que el objeto del sueño que anteriormente he transcrito, cautivador como bella copa de fino cristal contenedora de un dulce alimento, pero violentamente atacado y fragmentado en trozos de cristal puntiagudo y cortante que la herirán internamente, a la vez incorporado posesiva y canibalísticamente, por una parte, y temido como una ima-

gen vengativa, por otra, ha ido dando paso a un objeto de características más próximas al objeto total. Un objeto con el que se ha iniciado un diálogo, en sustitución de la agresión y la represalia, gracias a que el amor y la admiración han mitigado el ataque envidioso. Por tanto, podemos decir que la estructura de las relaciones objetales internas se ha modificado. Esto es el cambio psíquico.

RESUMEN

En este trabajo se trata de las posibilidades reales de que los pacientes sometidos a un tratamiento psicoanalítico experimenten un cambio psíquico. Se exponen, primeramente, las ideas filosóficas y científicas acerca de las posibilidades de cambio en el sentido general del término, para pasar después a aplicarlas al concepto de cambio psíquico. Se considera que el planteamiento de cambio psíquico nos lleva a la noción de estructura, ya que si tal cambio es posible, ello se debe a que las funciones psíquicas se hallan basadas en una determinada estructura de la mente que es la que se modifica. De acuerdo con ello, se discute qué es lo que debe entenderse por estructura mental, así como las diferentes perspectivas desde la que ésta puede abordarse, y su relación con las estructuras neurofisiológicas subyacentes. Se examinan las principales objeciones que pueden presentarse frente a la posibilidad de cambio psíquico, partiendo del hecho de que las estructuras mentales son conservadoras y difícilmente modificables. Posteriormente, se pasa revista a los agentes terapéuticos responsables de la modificación estructural y, por tanto, del cambio psíquico, destacando el papel fundamental de la interpretación y el *insight* consecutivo a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- BERES, D. (1965): «Structure and function in Psychoanalysis», *Int. J. Psychoanal.*, 46, 53-63.
- BION, W.R. (1956): «Development of schizophrenic thought», *Int. J. Psychoanal.*, 37, 344-346.
- (1957): «Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities», *Int. J. Psychoanal.*, 38, 266-275.
- BLIGHT, J.G. (1981): «Must psychoanalysis retreat to hermeneutics?», *Psychoanal. Contemp. Thought*, 4, 147-206.
- CODERCH, J. (1989): «El desafío científico al psicoanálisis», en J. Poch (ed.), *Psicología dinámica*, Barcelona, Herder, 13-47.

- CODERCH, J. (1995): *La interpretación en Psicoanálisis: fundamentos y teoría de la técnica*, Barcelona, Herder.
- COOPER, A.M. (1992): «Psychic change: developments in the theory of psychoanalytic techniques», *Int. J. Psychoanal.*, 73, 245-250.
- DEWALD, D. (1993): «Psychic structure and psychic change», en M.J. Horowitz, O.F. Kernberg y E.M. Weinshel, *Psychic Structure and Psychic Change*, Madison, International Universities Press, 117-134.
- FERRATER MORA, J.M. (1979) : *Diccionario de Filosofía*, vol. 2, Madrid, Alianza.
- FREUD, S. (1937): *Análisis terminable e interminable*, Buenos Aires, Amorrortu, 23.
- FROSCH, J. (1988): «Psychotic character versus borderline», *Int. J. Psychoanal.*, 69, 347-358 y 445-456.
- (1990): *Psychodynamic Psychiatry*, Madison, International Universities Press.
- GILL, M.M. (1963): «Topography and Systems in Psychoanalytical Theory», en *Psychol. Issues*, monogr. 10, Nueva York, International Universities Press.
- KANDEL, E. (1983): «From metapsychology to molecular biology. Explorations into the nature of anxiety», *Amer. J. Psychiatr.*, 140, 1277-1293.
- KLEIN, M. (1957): *Envy and gratitude*, en *The writings of Melanie Klein*, vol. 3, Londres, The Hogarth Press, 176-235.
- KRIS, A. (1993): «Support and psychic structural change», en M.J. Horowitz, O.F. Kernberg y E.M. Weinshel (eds.), *Psychic Structure and Psychic Change*, Madison, International Universities Press, 95-116.
- MEISSNER, W. (1991): *What is Effective in Psychoanalytic Therapy*, Londres, Jason Aronson.
- POPPER, K. (1972): *Conjectures and Refutations*, Londres, Routledge & Kegan Paul (trad. esp., *Conjeturas y refutaciones*, Barcelona, Paidós Ibérica).
- , y J. ECCLES (1977): *The Self and the Brain*, Nueva York, Springer-Verlag (trad. esp., *El yo y su cerebro*, Barcelona, Labor, 1993).
- PULVER, S. (1992): «Psychic change: insight or relationship», *Int. J. Psychoanal.*, 199-208.
- RANGELL, L. (1989): «Structural and inter-structural change in psychoanalytical treatment», *Psychoanal. Inq.*, 9, 45-66.
- RAPPAPORT, D., y M.M. GILL (1959): «The point of view and assumptions of metapsychology», *Int. J. Psychoanal.*, 40, 153-162.
- REALE, G., y D. ANTISERI (1988): *Historia del pensamiento filosófico y científico*, vol. 1, Barcelona, Herder.
- REISER, M. (1985): «Converging sectors of psychoanalysis and neurobiology: mutual challenges and opportunity», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 33, 11-34.
- SANDLER, J., y A.M. SANDLER (1993): «Psychoanalytic technique and theory of psychic change», en M.J. Horowitz, O.F. Kernberg y E.W. Weinshel (eds.), *Psychic Structure and Psychic Change*, Madison, International Universities Press, 57-76.
- SCHWARTZ, A. (1988): «Reification revisited: Some neurobiologically filtered views of psychic structure and conflict», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 36, 349-385 (suplemento).

- SCHWARTZ, F. (1981): «Psychic structure», *Int. J. Psychoanal.*, 62, 61-72.
- SEGAL, H. (1962): «The curative factors in psychoanalysis», *Int. J. Psychoanal.*, 62, 61-72.
- SPIITZ, R. (1965): *The First Year of Life*, Nueva York, International Universities Press (trad. esp., *El primer año de la vida del niño*, Barcelona, Aguilar, 1969).
- STRACHEY, J. (1934): «The nature of the therapeutic action of psychoanal.», *Int. J. Psychoanal.*, 15, 127-159.
- TREURNIET, N. (1993): «Support of the analytical process and structural change», en M.J. Horowitz, O.F. Kernberg y E.W. Weinshel (eds.), *Psychic Structure and Psychic Change*, Madison, International Universities Press, 191-232.