

Teoría del Vínculo

INTRODUCCION

Quinta edición: marzo de 1985

A Enrique Pichón Rivière, Maestro del pensamiento científico y del arte de pensar, mi profundo afecto y reconocimiento.

F.T.

El material científico que contiene este libro proviene de un curso sobre "Metodología de la Entrevista" que Enrique Pichón Rivière dictó en la sede de la Asociación. Psicoanalítica Argentina, (A.P.A.), desde principios de octubre de 1956 hasta fines de enero de 1957.

De cada clase, grabada e inmediatamente desgrabada, se sacaron dos copias. Una se la entregué a Pichón Rivière, la otra la conservé yo. Abridaba el propósito, como se lo prometí muchas veces a Pichón Rivière de publicar algún día sus trabajos fundamentales con miras a enseñar su pensamiento y su teoría, para lo cual me resultaría totalmente imprescindible poseer las grabaciones del segundo curso que dictó en la misma sede de la A.P.A. durante el año 1957 (abril a diciembre) sobre "Psico-patología y psiquiatría dinámica", que será objeto de una próxima publicación.

De igual forma, conservo las grabaciones de las clases que dictó durante cuatro años, de 1960 a 1963, en la Primera Escuela Privada de Psiquiatría Dinámica, de la que fui colaborador junto con otros discípulos suyos, José Bleger, David Liberman y Edgardo Rolla. A mediados de 1961, a consecuencia de haberse alejado de la Escuela Bleger, Liberman y Rolla, quedamos los dos a cargo de la dirección y el dictado de los cursos de 1º, 2º y 3er. año hasta 1964, fecha en que me separé de Pichón Rivière para fundar mi Escuela de Psiquiatría Psicoanalítica Gestáltica, cuya dirección sigo ejerciendo.

Hoy, a menos de un año de su fallecimiento y a más de veinte del curso de referencia, cuyo material forma el presente libro, considero que su contenido es totalmente válido en el pensamiento científico actual, tanto por las informaciones que proporciona como por la calidad dialéctica de su pensamiento que lo definen como un investigador original.

Pichón Rivière eligió conscientemente dedicar su existencia a la investigación humanística, a la enseñanza del psicoanálisis, a la formación de los jóvenes profesionales y, fundamentalmente, a proteger y desarrollar en forma permanente e ininterrumpida su pensamiento dialéctico, en constante proceso de apertura y cierre, con la incorporación de los nuevos conocimientos aportados por las ciencias relacionadas con el hombre, informaciones que incluye en su pensamiento científico, el cual es organizado en sucesivas estructuras gestálticas cada vez más complejas y armónicas.

Puedo afirmar que Enrique Pichón Rivière ha sido y es un verdadero Maestro para todos nosotros, los que fuimos sus discípulos, al cumplir con la premisa de todo Maestro: la generosidad demostrada constantemente en el esfuerzo por enseñar a sus discípulos el difícil arte de aprender a pensar por sí mismos, y capacitarlos en el redescubrimiento y la armonía existentes en el universo.

Los que no han tenido la fortuna de aprender personalmente de Pichón Rivière encontrarán en la lectura de este libro no sólo la información que él solía manejar para dar forma a su pensamiento, sino básicamente la posibilidad de descubrir su actualidad dialéctica, así como el valor científico y la capacidad de riesgo puestos de manifiesto al revisar, modificar y/o rectificar en forma constante su pensamiento, al mismo tiempo que su valentía como investigador que supo enfrentarse sin temor con los

rígidos esquemas referenciales, tanto psiquiátricos como psicoanalíticos, empleados en forma dogmática por la mayoría de los investigadores y profesionales que lo rodeaban. Su honestidad científica y su coraje como investigador le permitieron soportar los largos periodos de soledad necesarios para la evolución de su pensamiento.

Pichón Rivière se fijó como objetivos constantes el enriquecimiento de su persona, la autocrítica de su ideología y la rectificación, y evolución de su pensamiento. Los que fuimos sus discípulos nos encontrábamos frecuentemente sorprendidos por su clara inteligencia y a la vez, desorientados por las nuevas adquisiciones de su pensamiento. A veces nos sentíamos gratamente reconciliados con él cuando lo que nos enseñaba coincidía con nuestras expectativas, en tanto que otras, nos sentíamos molestos porque incluía esquemas referenciales totalmente nuevos para nosotros, esquemas que aún no sabíamos administrar, lo que nos colocaba ante la angustiada sensación de sentirnos des-instrumentados ideológicamente, al mismo tiempo que ante la vivencia de las limitaciones de nuestra formación científica.

Su pensamiento siempre fue multi e interdisciplinario, y ello nos enfrentó con la ardua tarea de seguirlo en su permanente proceso de evolución. Estar al lado de Pichón Rivière significaba no terminar nunca el proceso de aprendizaje, así como estar en constante estado de alerta para no caer en la seductora fantasía de que ya poseíamos la verdad científica.

Afirmar que Pichón Rivière ha sido y será el principal Maestro de la psiquiatría psicoanalítica argentina no es, en mi opinión, una exageración. Para ello es suficiente examinar quiénes son los principales trabajadores científicos que encontramos actualmente en el campo de la psiquiatría en todo el ámbito de la Argentina, tanto entre los teorizadores del psicoanálisis como entre los clínicos de la psiquiatría psicoanalítica, entre los trabajadores con técnicas de pareja, de familia, grupales, comunitarias, etc., como entre los investigadores institucionales y sociales, etc.; en casi todos ellos se siente la influencia del pensamiento de Enrique Pichón Rivière. Más aun, su influencia se ha extendido tanto en forma directa como indirecta, a través de sus múltiples discípulos, a casi todos los países latinoamericanos de habla española y portuguesa.

Los doce capítulos que configuran el presente libro corresponden a las doce clases del curso y conservan el orden en que fueron dictadas. Mi trabajo consistió en seleccionar la información que Pichón-Rivière fue proporcionando en cada clase, razón por la cual tome como punto de referencia todo lo que se relacionaba con la teoría del vínculo. Para conservar su estilo y la cualidad dialéctica de su pensamiento en forma fidedigna, transcribo largos fragmentos de sus exposiciones tomados de las grabaciones.

Estoy seguro que si Pichón Rivière pudiera leer hoy este libro, quedaría agradablemente sorprendido al reencontrarse con su pensamiento científico y redescubrirlo, con toda vigencia, en el pensamiento actual. Reconocería de inmediato su estilo, y solo le molestaría, quizá, la secuencia directa que le he dado al decurso de su pensamiento, dado que a él le gustaba tener la libertad de ir y venir hacia donde quisiera en cada momento aunque sin perder nunca de vista la idea central conductora de su pensamiento.

Pichón Rivière plantea desde el comienzo la necesidad de complementar la investigación psicoanalítica con la investigación social, que orienta en una triple dirección: Sociodinámica e Institucional. Se aproxima al hombre concibiéndolo en una sola dimensión: la Humana, pero al mismo tiempo concibe a la persona como una totalidad integrada por tres dimensiones: la mente, el cuerpo y el mundo exterior (áreas 1,2,3), que integra dialécticamente.

Con la Teoría del Vínculo logra realizar el salto cualitativo de una teoría psicoanalítica predominantemente intrapsíquica a una psiquiatría social, que considera al individuo como una resultante dinámico-mecanicista no de la acción de los instintos y de los objetos internalizados sino del interjuego establecido entre el sujeto y los objetos internos y externos, en una predominante relación de interacción dialéctica, la cual se expresa a través de determinadas conductas. Esto le permite desarrollar una psiquiatría centrada en el estudio de las relaciones interpersonales, que denomina Psiquiatría del Vínculo, psiquiatría dinámica que construye en los postulados del psicoanálisis.

Concibe el vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto, teniendo esta estructura características consideradas normales y alteraciones interpretadas como patológicas. En todo momento el vínculo lo establece la totalidad de la persona, totalidad que Pichón Rivière interpreta como una Gestalt en constante proceso de evolución.

El análisis del vínculo patológico que el sujeto establece con otro le permite comprender de qué manera perturba la normal estructuración de la personalidad y de qué forma debe operar sobre el paciente para rectificar sus vínculos patológicos y contribuir terapéutica y profilácticamente de la sana evolución de su personalidad.

Aproxima la investigación psicoanalítica a la investigación experimental, tanto para el paciente como para el terapeuta. Esto lo lleva a considerar al psicoanalista como un observador comprometido en la operación psicoterápica que incluyen constantes variables en el campo terapéutico, las cuales influirán de una u otra manera en el paciente. Concibe al paciente y al terapeuta como si formasen una unidad dialéctica en la que actúan uno sobre el otro. Este tipo de pensamiento dialéctico, que dirige constantemente el pensamiento de Pichón Rivière, le permite eliminar una multiplicidad de pares antinómicos, por ejemplo: inconsciente-consciente, irracional-racional, paciente-terapeuta, normal-patológico, constituido-adquirido, etc.

En el primer capítulo desarrolla algunas consideraciones generales sobre los vínculos patológicos destacando las distintas finalidades de la conducta que el sujeto establece con los objetos, las cuales configuran las distintas cualidades que adquieren los vínculos, como el paranoico, el hipocondríaco, el melancólico, el histérico, el maníaco, el autista, el obsesivo, el perverso, etc. Destaca que nunca existe un tipo único de vínculo sino que las relaciones que el sujeto establece con el mundo son mixtas, en la medida que siempre emplea en forma simultánea diferentes estructuras vinculares.

Su aproximación a la Psiquiatría Social le hace estudiar al individuo, no como un ser aislado, sino como un ser incluido dentro de un grupo, básicamente el familiar, y lleva así a cabo la investigación psicosocial y sociodinámica. Al mismo tiempo investiga la inclusión y significación que ese grupo tiene dentro de la sociedad en la que está inserto, investigación que denomina institucional.

Mediante el estudio psicosocial, sociodinámico e institucional recoge en el afuera una serie de informaciones que le informan acerca de lo que sucede en el adentro del paciente, al mismo tiempo le permite detectar y/o descubrir las causas, en términos generales, que presionaron sobre el paciente para provocar la ruptura de su equilibrio psicológico, que hasta el momento se mantenía más o menos estable. Cuando a causa de un determinado factor, generalmente la pérdida del prestigio del líder familiar –que a su vez se relaciona con la totalidad de lo que sucede dentro de dicho grupo-, se pierde la estabilidad grupal, se condiciona la aparición de la psicosis en uno de sus miembros, la que aparece como emergente nuevo y original. Esto hace que dicho psicótico se transforme poco a poco en el nuevo líder familiar.

Esta hipótesis lleva a Pichón Rivière a señalar la necesidad de que ese miembro psicótico se haga cargo de la enfermedad mental de todo el grupo familiar. El delirio que presenta un paciente, debe ser

comprendido como una tentativa de solución de un determinado conflicto y, al mismo tiempo, como una tentativa de reconstruir no sólo su mundo individual sino principalmente el de su grupo familiar y secundariamente el social. Esto determina que para comprender un delirio es fundamental investigar todo el conjunto de fuerzas que actúan en el medio familiar del cual emerge la enfermedad mental. De esta manera Pichón Rivière desarrolla una psiquiatría operacional en la medida en que la neurosis o la psicosis están referidas a la estructura de la cual emerge. Con respecto a las características señala que no es el juicio lo que está perturbado, como sucede en los delirios, sino la conducta. De acuerdo con su teoría del vínculo, interpreta la despersonalización como la negación del vínculo, como una tentativa de pérdida del ser, de la mismidad, de no ser nadie para no tener compromiso en el vínculo con el otro. Considera vínculo normal a aquel que se establece entre el sujeto y un objeto cuando ambos tienen la posibilidad de hacer una libre elección de un objeto, como resultado de una buena diferenciación de ambos.

En el segundo capítulo Pichón Rivière destaca que el uso de la noción del vínculo es más concreto que el de la relación de objeto, la cual, por otra parte, representa la estructura interna del vínculo. El vínculo configura una estructura dinámica en continuo movimiento que funciona accionada por motivaciones psicológicas, resultando de ello una determinada conducta que tiende a repetirse tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Describe dos campos psicológicos en los que se expresa el vínculo: el campo interno y el campo externo. El psicoanálisis se ocupa más del vínculo interno, en tanto que la psicología social se ocupa más del externo. Es importante la concepción de que es el vínculo interno el que condiciona muchos de los aspectos externos y visibles de la conducta del sujeto. El carácter de un sujeto se hace más comprensible en la medida en que se descubren sus vínculos internos.

Pichón Rivière vuelve a jerarquizar la introspección al re-entenderla como un equivalente del autoanálisis, al mismo tiempo que entiende el heteroanálisis como el análisis de la relación con un objeto externo. El autoanálisis solo es posible después del heteroanálisis, ya que el autoanálisis es la relación de dos personas internas y no de una sola. Interpreta que la relación transferencial que el paciente establezca con el psicoterapeuta experimentará una serie de variaciones que dependerán de las variaciones de las relaciones internas con sus objetos internos. Considera que el destino de la psicoterapia del psicótico está centrado en el conocimiento detenido y sistemático de la psicosis transferencial, cuyas características dependen de la conducta del analista para con el paciente, ya que aquél nunca es un observador imparcial o fuera de la situación, sino que, por el contrario, siempre es un observador comprometido precozmente en la situación del paciente. También destaca que la eficacia y la operatividad de una interpretación están dadas por su orientación a reunir los dos vínculos, el bueno y el malo, hipótesis que lo lleva a hablar de bivalencia en vez de ambivalencia, porque siempre coexisten los dos vínculos: el establecido con un objeto bueno y el establecido con un objeto malo. Por este motivo enfatiza la necesidad de prestar atención al estudio a la patología del objeto bueno, como contrapeso a la exagerada importancia que siempre se le ha dado a la patología del objeto malo. Incluye aquí el estudio del vínculo en situación triangular, que para él es la relación universal básica.

En el tercer capítulo destaca que el vínculo es establecido por la totalidad de la persona y no por una parte de la misma, por lo que no se puede decir que el vínculo lo establezca el Yo, el SuperYo o el Ello. El aparato psíquico se comporta como una totalidad. Interpreta la locura como la resultante de colocar un vínculo interno sobre otro externo, respecto del cual tiene prioridad. Considera que el proceso de

aprendizaje de la realidad externa está determinado por las características que resultan del aprendizaje previo de la realidad interna, establecida entre el sujeto y sus objetos internos. Los vínculos internos y los vínculos externos se integran en un proceso que configura una permanente espiral dialéctica. Se produce un constante pasaje de lo adentro hacia afuera y de lo de afuera hacia adentro.

En el cuarto capítulo trabaja el concepto de lo racional y el de lo irracional, estableciendo entre ambos una relación de grado. Expresa que lo irracional de una conducta está dado por el grado de inconciencia del vínculo interno, ya que es operante sobre la conducta del individuo en ese momento. Un vínculo racional siempre incluye un vínculo irracional, que es lo que se va a hacer racional en el proceso de análisis. La transformación de lo irracional en racional se realiza en términos de espiral, como transformación dialéctica.

De igual manera, señala que no se puede establecer una división formal entre inconsciente e consciente ya que son simples diferencias de grados, cualidades de lo psíquico. Considera la regresión transferencial como lo que permite al paciente revisar su pasado al repetir en la transferencia una pauta de conducta anterior, reviviendo una situación histórica que rectifica en el contexto actual de la situación analítica al llevar a cabo un nuevo proceso de aprendizaje de la realidad.

En el quinto capítulo destaca la importancia de estudiar el concepto de situación, porque connota las modificaciones en que el medio es el agente. El concepto de conducta incluye el de la personalidad como agente modificador, en tanto que el concepto de campo psicológico incluye las interacciones entre el individuo y el medio.

Integra el conductismo con la idea fenomenológica existencial en la medida en que considera que no es posible separar el aspecto exterior de la conducta del aspecto interior de la vivencia, dado que ambos forman un todo en situación en un determinado momento en el aquí y ahora de cualquier situación. Desarrolla aquí su teoría de las 3 áreas; el área 1 o psiquis, el área 2 o cuerpo y el área 3 o mundo exterior, teoría que utiliza como una sistemática de ver, sentir, explicar.

Pichón Rivière considera la interpretación como un dato operacional que actúa sobre el paciente, logrando por su intermedio la síntesis entre la teoría y la práctica. Obtiene la interpretación a través de la captación de indicios y del uso del E.C.R.O. o Esquema Conceptual Referencial y Operacional. De esta manera resuelve la antinomia entre teoría y práctica. También resuelve la antinomia entre normal y patológico en la medida que considera que las diferencias son esencialmente cuantitativas, transformándose en cualitativas en determinados momentos. Otra antinomia que enfrenta es de la conducta y conciencia, recurriendo para ello a la psicología de la Gestalt, en particular a los aportes de Kurt Lewin. También la dicotomía entre psiquis y soma, inconsciente y consciente, individuo y sociedad, constituido y adquirido, endógeno y exógeno, etc. Insiste en trabajar más en profundidad con una teoría de la conducta. Esto es el resultado de la interacción y es comprensible en la medida que incluimos el mundo interno y los vínculos con los objetos internos.

En el sexto capítulo analiza el proceso de identificación, sea la introyectiva, resultante del mecanismo de internalización de un determinado personaje con la asunción de su rol, sea la proyectiva, resultante de la proyección sobre un personaje externo. Relaciona el mecanismo de identificación con la teoría de los roles. Durante la sesión psicoanalítica el terapeuta debe estar siempre en condiciones de asumir el rol que el paciente le adjudica, ya que mediante el conocimiento científico de la situación del vínculo estará en condiciones de predecir lo que va a suceder en la sesión.

En el séptimo capítulo afirma que el campo operacional del análisis debe ser tratado como campo operacional de psicología experimental. Todo observador es siempre participante y modificador del campo de observación, por lo que considera que el analista siempre participa y modifica el campo de observación de la sesión analítica. Entre observador y observado se crea una situación de interacción, una unidad de relación, una unidad dialéctica en la que el terapeuta actúa sobre el paciente y el paciente sobre el terapeuta.

Otra importante afirmación es que la interpretación misma tiene una significación diferente para cada analista; por eso todo terapeuta debe conocer la fantasía que tiene del acto de interpretar para no entorpecer o distorsionar su tarea específica frente al paciente.

En la investigación de los diferentes roles que toda persona asume en forma simultánea y sucesiva durante su existencia es fundamental el análisis del grado de coherencia entre ellos, así como la secuencia con que son asumidos, a los efectos de poder determinar el grado de madurez de la personalidad del sujeto en cuestión.

En el octavo capítulo relaciona la enfermedad mental como un trastorno del aprendizaje como consecuencia de una alteración del normal proceso dialéctico del aprendizaje, en la medida en que se altera la secuencia operativa entre los momentos de cierre y apertura en el proceso de incorporación y asimilación de las informaciones recibidas del mundo exterior. Las dos angustias básicas que describe son la claustrofóbica y la agorafóbica, es decir el miedo a quedarse encerrado y el miedo a quedarse demasiado tiempo abierto al mundo exterior.

Considera que lo más primitivo y lo más imperioso del hombre es su necesidad de comunicación, por lo que interpreta que todo lo que hace tiene ese profundo significado, tanto expresado en el sentido de la comunicación, como puede serlo el sueño, como en la dificultad para lograrla como puede ser el autismo. El vínculo con el otro es su objetivo central, tanto en el acercamiento como el aislamiento. De modo que el análisis de los vínculos internos y externos, en cuanto a estructuras creadas entre el sujeto y el otro, sigue siendo el objetivo central de la psicoterapia analítica a los efectos de recuperar su cualidad dialéctica, que es lo que permite el desarrollo normal de la personalidad.

En el noveno capítulo señala que en la psicología introspectiva predomina la investigación del vínculo interno, mientras que en la psicología del conductismo lo que predomina es el vínculo externo. El psicoanálisis es la única teoría que toma en cuenta ambos tipos de vínculo (interno y externo) y, al mismo tiempo, la única que es operacional en forma intencional al devolver lo observado a través de la interpretación, creando una situación en espiral dialéctica entre paciente y terapeuta. Concibe que cuando ambos están reunidos configuran una Gestalt, y que tanto el existente como el emergente deben ser considerados como figuras que emergen del fondo organizado de cada aquí y ahora.

Pichón Rivière recurre a la Teoría del Vínculo para comprender las conductas psicóticas como resultante de un constante interjuego entre los procesos de proyección e introyección de vínculos internos externalizados y reintroyectados. Esta teoría le permite hacer más comprensible lo fenoménico y lo fenomenológico de la conducta del hombre.

Critica el psicoanálisis freudiano y kleiniano porque considera que al encerrarse en un círculo vicioso sin apertura hacia nuevos conocimientos, asfixian el pensamiento creador. Tampoco acepta que los sistemas filosóficos actuales excluyan el estudio de la dimensión inconsciente del hombre.

En el décimo capítulo analiza el E.C.R.O. o Esquema Conceptual Referencial y Operativo. Resuelve la antinomia entre lo a priori y lo a posteriori y concibe ambos aspectos configurando una estructura en continuo movimiento, como una Gestalt en evolución. El E.C.R.O. debe estar en permanente apertura hacia nuevos y sucesivos procesos de rectificación. Esta disposición del terapeuta la enfrenta con su honestidad y coraje científicos. Concibe al hombre en una sola dimensión: la humana, pero en cuanto a persona considera una totalidad significativa integrada por tres dimensiones: la mente, el cuerpo y el mundo exterior, sin establecer separaciones formales entre ellos y, al contrario, las integra dialécticamente. También señala la imposibilidad de considerar el tiempo y el espacio como dos dimensiones separadas, ya que forman, por el contrario, una sola y única unidad.

Entre análisis y síntesis no existe contradicción, ya que la síntesis solo es posible luego del análisis y el análisis sólo es posible cuando se realiza sobre la síntesis. Ambos configuran una estructura, una Gestalt. De igual manera señala que no hay contradicción entre lo cerrado y lo abierto, ya que son dos momentos del mismo proceso dialéctico.

En el decimoprimer capítulo desarrolla la teoría de las 3D, o sea del depositario, del depositante y de lo depositado y la relaciona con la teoría del vínculo. La comunicación entre paciente y terapeuta se establece sobre la base de lo que el paciente como depositante coloca sobre el analista, quien funciona como depositario de los objetos internos o lo depositado.

La relación analítica dependerá de la confianza que el depositante (paciente) tenga en su depositario (terapeuta) en cuanto al cuidado y/o control de lo depositado (objetos internos buenos y malos). Establece una estrecha relación entre la teoría de lo depositado, el depositario y el depositante y la teoría de los roles. El depositario asume un determinado rol en relación con las características de lo depositado y con la función que el depositante le adjudique en relación con lo depositado.

En el decimosegundo capítulo insiste en considerar la enfermedad mental como un trastorno del aprendizaje de la realidad; por eso el aprendizaje debe incluirse en el proceso terapéutico. Considera que el aprendiz de psicoanalista, en la medida en que su oficio de analista y el campo de aprendizaje configurado por su propia terapia analítica son coincidentes, experimentará más dificultades que el aprendiz de cualquier otro oficio. Concibe como buen analista a aquel que es capaz de organizar en una nueva Gestalt el conocimiento que el paciente tiene de sí mismo sin necesidad de agregarle nada nuevo.

Finalmente, Pichón Rivière señala la importancia de trabajar con un esquema psicoanalítico que sea coherente y funcione como un todo organizado, esquema que debe tener un mínimo común denominador con todas las teorías psicoanalíticas para que sea factible llegar a un entendimiento entre psicoanalistas y lograr un alto nivel científico valedero para todos.

Fernando Terragno

1 - Consideraciones generales acerca del Vínculo

Para poder actuar desde el punto de vista de la higiene mental debemos conocer con exactitud qué tipo de ansiedad afecta al grupo social que estamos investigando en relación con la locura. Mientras no conozcamos cuáles son las fantasías básicas sobre la locura que tiene dicho grupo, no podremos actuar desde el punto de vista higiénico y, menos aún, desde el punto de vista profiláctico.

Cada paciente describe su enfermedad a través de su propia experiencia y el psiquiatra, a través de esta información, construye una determinada hipótesis patogénica. Por ejemplo, puede adjudicar a determinadas situaciones familiares la génesis de su enfermedad mental. Pero en la medida en que el psiquiatra no tenga métodos de verificación y confrontación que configuren la estructura de una investigación científica, siempre estará dando vueltas sobre las mismas cosas.

Así se explica que el psicoanálisis, aunque sea el método que tiene más posibilidades de investigación en profundidad, haya contribuido tan escasamente al desarrollo de una psiquiatría social por faltarle la verificación y confrontación necesarias, que sólo le puede proporcionar, precisamente, un trabajo social. En realidad, en este momento se está enseñando la psiquiatría en sus dos aspectos. Es imposible realizar una labor en profundidad si se prescinde del método psicoanalítico, así como es imposible que este método tenga una operatividad científica definida si no se lo confronta y verifica permanentemente con un trabajo social paralelo.

Un instituto de psiquiatría bien organizado tiene que contar entre sus secciones con las de investigaciones sociales. Cualquier situación de tensión particular que se desee investigar debe llevarse a cabo dentro del contexto social en que las cosas suceden, es decir, en el afuera. Luego sucederán en el consultorio, en la medida en que el paciente repita en la situación transferencial sus conflictos del afuera. Para construir una teoría de la enfermedad psíquica necesitamos la referencia permanente del hombre en su contexto real y exterior.

Existen tres dimensiones de investigación: la investigación del individuo, la del grupo y la de la institución o sociedad, lo que da lugar a tres tipos de análisis: el psicosocial, que parte del individuo hacia afuera; el sociodinámico, que analiza al grupo como estructura; y el institucional, que toma todo un grupo, toda una institución o todo un país como objeto de investigación. No existe una separación neta entre los campos de investigación psicosocial, sociodinámica o institucional: son campos que se van integrando sucesivamente. Una psiquiatría considerada desde el punto de vista de las relaciones interpersonales, de la relación del individuo con el grupo y/o sociedad, va a proporcionar datos para construir una psiquiatría que podemos denominar Psiquiatría del Vínculo. Es decir la psiquiatría de las relaciones interpersonales. Una psiquiatría considerada de esta manera es una psiquiatría dinámica construida con los postulados del psicoanálisis. Podemos decir que el último acercamiento que ha efectuado el psicoanálisis es de las relaciones de objeto. Ello nos lleva a tomar como material de trabajo y observación permanente la manera particular en que un sujeto se relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento y que llamamos vínculo. Vamos a estudiar, entonces, la patología del vínculo.

Partiremos del vínculo que podemos llamar normal hasta llegar a las alteraciones de ese vínculo que podemos llamar patológico. El vínculo paranoico se caracteriza por la desconfianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás. El vínculo depresivo se caracteriza por estar permanentemente teñido de culpa y expiación, en tanto que el vínculo obsesivo se relaciona con el control y el orden. El vínculo hipocondríaco es el que el sujeto establece con los otros a través de su

cuerpo, la salud y la queja. El vínculo histérico es el de la representación, siendo su característica principal la plasticidad y la dramaticidad. Detrás de la representación se expresa una fantasía que está actuando por debajo. O sea que el paciente está queriendo decir algo, está representando algo con la sintomatología.

En la histeria de angustia el vínculo se caracteriza por el miedo, el miedo a todo, que en determinado momento se localiza en un determinado sitio. El miedo es la fobia que puede ser la fobia del adentro, la claustrofobia, o la fobia del afuera, la agorafobia. Todas las demás fobias derivan de estas dos. Pero esta característica de la angustia frente al vínculo, cuya ansiedad es en el fondo la desconfianza, no aparece fenomenológicamente como tal sino como miedo. Se caracteriza por configurar en determinados momentos diferentes tipos de histerias.

En la histeria de conversión la expresión de determinadas fantasías se realiza a través del cuerpo, con el lenguaje del cuerpo. Es decir que a través de una sintomatología cualquiera o un ataque de histeria, así como a través de los órganos y/o de sus funciones pueden expresarse determinados contenidos o fantasías inconscientes. En la neurosis obsesiva el vínculo se caracteriza por el control del Alter Ego o del otro, por un dar vueltas alrededor del objeto, con una vigilancia particular cuya desconfianza no se ve, como tampoco se ve la ansiedad paranoide, que está encubierta por un dar vueltas y un control permanente a través de la conducta de rituales particulares. En la psicosis el vínculo paranoide, el vínculo depresivo y el vínculo maniaco también se caracterizan por ser un vínculo de control semejante al de la neurosis obsesiva, aunque mucho más rápido en cuanto a la velocidad y más operante en cuanto a la paralización del objeto. El aumento de la ansiedad que experimenta el psicótico determina la necesidad de un mayor control del otro. En la esquizofrenia pueden aparecer todos estos tipos de vínculos juntos, alternando o predominando uno de ellos, pero con una característica adicional.

Pueden aparecer el vínculo paranoide, el vínculo obsesivo, incluso el histérico, el hipocondríaco, el maniaco, etc., pero con un elemento que se suma y califica a las situaciones de aislamiento del objeto con una toma de distancia y el ejercicio de ese vínculo de control o de desconfianza a cierta distancia. Es decir, el autismo está colocado en el centro del vínculo esquizofrénico y del aislamiento de la realidad. Lo mismo podemos decir de cada una de las personalidades psicopáticas que corresponden a cada psicosis.

En los cuadros confusionales el vínculo es un vínculo nocturno, en realidad confusional, porque se trata de un sujeto que intenta establecer un vínculo con un objeto, pero experimentando dificultades para llegar a él ya que está absorbido por la actividad de la noche, por la actividad del sueño. Cuando logra establecer un vínculo externo durante un cuadro confusional, éste adquiere características delirantes, dando lugar a los cuadros oníricos de la confusión mental.

En las perversiones encontramos diferentes tipos de vínculos. En términos muy generales podemos decir que la perversión, cualquiera que sea su naturaleza, es una tentativa de resolución de determinadas ansiedades por medio de mecanismos perversos. Tomemos por ejemplo la homosexualidad. Una de sus funciones principales es establecer un vínculo particular con un objeto que primitivamente fue perseguidor. La finalidad del vínculo homosexual es la conquista de ese perseguidor mediante una técnica de apaciguamiento y control.

En ningún paciente existe un tipo único de vínculo; todas las relaciones de objeto, todas las relaciones establecidas con el mundo son mixtas. Existe una división que es más o menos universal, en el sentido que por una parte se establecen relaciones de un tipo y por la otra, de un tipo distinto. El grupo social en que este sujeto está actuando adquiere una doble significación. Puede establecer por un lado un vínculo paranoico, y por el otro un vínculo normal, o bien un vínculo tendiente a la depresión, a

la hipocondría, etc. Es decir que si recogemos los diferentes tipos de relaciones que ese paciente establece con su grupo familiar y consignamos los distintos tipos de conductas que manifiesta frente a cada miembro del grupo, obteniendo la descripción de un cuadro clínico en su adentro.

Podemos referir lo que recogemos en el afuera al adentro que ya conocíamos de antemano acerca de las estructuras neuróticas y psicóticas individuales. Mediante el estudio psicosocial, sociodinámico e institucional de la familia de un determinado paciente podemos tener un cuadro completo de estructura mental y de los motivos o causas, en términos generales, que presionaron sobre él y provocaron la ruptura de un equilibrio que hasta ese momento se mantenía más o menos estable.

La investigación psicosocial analiza la parte del sujeto que se expresa hacia afuera, hacia los distintos miembros que lo rodean, en tanto que el estudio sociodinámico analiza las distintas tensiones existentes entre todos los miembros que configuran la estructura del grupo familiar dentro del cual está incluido el paciente.

El análisis institucional consiste en la investigación de los grandes grupos: su estructura, origen, composición, historia, economía, política, ideología, etc. El estudio de la sociología puede dividirse en macrosociología: que estudia las grandes instituciones y los grandes grupos, y microsociología: que estudia los grupos más restringidos o pequeños, inclusive los grupos familiares.

Esta triple investigación nos permite lograr un análisis completo del grupo que estamos investigando. Analizamos las tensiones del paciente con los distintos miembros del grupo, analizamos el grupo como totalidad en sí, e investigamos las funciones del intragrupo, por ejemplo los liderazgos. Estudiamos la influencia del padre o la falta del mismo, el liderazgo de la madre, de un tío, de un hermano, de un amigo, etc., y vemos de qué manera, a veces, la ruptura o la pérdida del prestigio de un líder familiar acarrea la enfermedad de uno de los miembros que integran dicho grupo. De esta manera tenemos una visión completamente distinta de la que tiene la psiquiatría llamada clásica. Es decir, un sujeto con una disposición particular, poco resistente a cierto tipo de tensiones, que necesita del prestigio del líder de su grupo, se desmorona en la medida en que dicho líder pierde su prestigio. Por ejemplo: si el padre pierde su empleo por un motivo que lesiona su prestigio, el hijo puede enfermarse. En este caso podemos relacionar la situación de enfermedad del hijo con esa situación particular de pérdida del prestigio o pérdida del poder del padre que fuera líder hasta ese momento. Podemos mostrar un esquema de familia que se mantenía en un determinado equilibrio hasta que en un momento dado se produce la ruptura interna con la pérdida de dicho equilibrio, surgiendo tensiones que desencadenan una psicosis particular en uno de sus miembros.

O sea que la aparición de una psicosis dentro de un grupo familiar tiene que estar relacionada con el hecho de la pérdida del prestigio del líder, al mismo tiempo que con la totalidad de lo que sucede dentro de dicho grupo. La psicosis es el emergente nuevo y original que aparece como consecuencia de la ruptura del equilibrio familiar. Por eso, cuando tratamos a un psicótico vamos descubriendo poco a poco que dicho psicótico, a través de su psicosis, se transforma, en cierta medida, en líder de su grupo familiar. Asume funciones de liderazgo por el hecho de ser el miembro más enfermo. De esta manera vemos con frecuencia cómo un paciente internado, sea en un hospital o en un sanatorio, controla a su medio familiar y empieza a mandarnos a su familia, hace que seamos molestados por ella, que perdamos la paciencia e inclusive que nos peleemos con la familia o con el enfermo, provocando en nosotros una conducta irracional en la aceptación común de la palabra.

A través de las manifestaciones personales de este paciente comprendemos su estructura total. Un delirio en un paciente puede comprenderse como una tentativa de reconstrucción de su mundo interior y exterior, como una estructura total. Las tensiones que acarrearón su enfermedad vuelven a

aparecer en el contexto del delirio, transformado y distorsionado, pero expresándose de nuevo como una tentativa de resolución de un determinado conflicto. No es solamente su mundo real lo que el delirante trata de reconstruir a través de su delirio, sino toda la estructura, en primer lugar la familiar y secundariamente la social. El delirio sólo puede ser comprendido de esta manera, al entenderse las tensiones anteriores a la eclosión de la psicosis. Podemos considerar al paciente que enferma como un representante de una estructura tanto individual como familiar, y en la medida en que se conozca esa estructura, ambos aspectos podrán manejarse como dos partes de la misma. Descubrimos que el paciente, a través de sus familiares, envía partes de él a averiguar sobre su estado psíquico. Con los mismos términos es posible interpretarle esta situación a la familia. Causa sorpresa ver hasta qué punto ello resulta comprensible para los miembros del grupo familiar y de qué manera se liga la comprensión total del grupo cuando se interpreta como dos partes: una, la que está internada y otra, la que está afuera.

Todo se organiza en una estructura, en una Gestalt, en la que una parte es el paciente y el resto la familia. Se forma así una totalidad y el manejo de ello como totalidad y de la enfermedad como un emergente de dicha totalidad hace posible un manejo dinámico en espiral dialéctica de la situación médico-paciente.

Es necesario estudiar las tensiones internas dentro del grupo y analizar en qué momento se produjo la ruptura del equilibrio del grupo, así como los motivos de dicha ruptura.

En última instancia, lo que provoca la aparición del emergente mental del paciente está en relación directa con la aparición directa de tensiones particulares dentro del grupo.

El emergente mental aparecerá en una relación significativa con la aparición de dichas tensiones en el grupo. En un esquema etiológico de la enfermedad debemos considerar; 1) Los factores relacionados con la baja del umbral, factores que están ligados al terreno o a la estructura corporal, 2) los factores relacionados con el aumento de tensión, la pérdida de equilibrio del grupo y la aparición del emergente mental. El emergente mental, que es el cuadro psiquiátrico que estamos observando en el consultorio, tendrá una relación no solo causal sino significativa con la estructura que lo determinó. Es decir que para comprender un delirio es importante realizar la investigación del conjunto de fuerzas que actúan en el medio grupal del cual emerge la enfermedad mental. Enfocando así la psiquiatría, ésta resulta mucho más operacional que si se la enfocara pensándola solamente en los términos abstractos de una nosografía no referencial en cuanto a los aspectos sociales.

El significado de una actitud delirante puede y debe comprenderse y referirse a la estructura de la cual emergió ese delirio. O sea que sin un conocimiento de dicha estructura nuestro conocimiento del delirio será parcial, como será parcial la relación de causalidad. La relación de causalidad que existe entre la estructura y el emergente psicótico no es una relación de causalidad directa y mecánica; se trata de una causalidad gestáltica en el sentido que todas las tensiones de la estructura que convergen en un punto dado hacen salir un emergente. Quiero decir que es un todo que está actuando a través de un miembro de la familia. Es la totalidad de las tensiones creadas por el desajuste de una estructura familiar, por ejemplo la pérdida de liderazgo del padre, lo que produce una movilización de tensiones en dicho grupo. La modificación provocada por la pérdida de liderazgo de este padre dentro de la estructura total hace que el emergente psicótico se manifieste en ese momento. Es decir que determinado sector converge en determinado punto en que está situada esa persona, que entonces se transforma en el portavoz de las tensiones del grupo a través del grupo.

La epilepsia puede definirse como una enfermedad universal en el sentido que dispone de todos los mecanismos de defensa y de todos los tipos de vínculos. Por ejemplo, un epiléptico fuera del ataque

puede establecer un vínculo de tipo obsesivo. Al epiléptico se lo describe como de carácter anal, siendo lo característico el control. Pero también en determinados momentos, inmediatamente después de un ataque, si el ataque ha constituido para él una descarga suficiente, podrá establecer un contacto histérico que será obsesivo en determinado momento, en tanto que en otro podrá ser paranoico. En el momento previo al ataque se produce una internalización de la situación persecutoria, y el ataque aparece como una tentativa de control, a través del cuerpo, de la situación persecutoria externa. Queremos decir entonces que todo este pasaje es el de determinados vínculos a través del cuerpo y del mundo con determinados objetos.

Lo que caracteriza al vínculo epiléptico, que tiene todos los tipos de vínculos parciales, es una determinada viscosidad, una determinada tenacidad y una determinada destructividad. Es decir que el vínculo puede hacerse cada vez más lento y viscoso hasta que el control del objeto adquiere la característica de la inmovilización. Lleva su control al máximo mediante la inmovilización del objeto partiendo de un control obsesivo. Si no logra inmovilizarlo aparece la desconfianza. Al fracasar el control surge la agresión, porque, a partir de ese instante, el otro es considerado el enemigo. En ese momento el epiléptico puede tener un ataque convulsivo si mete dentro de él la situación persecutoria e intenta destruir el objeto mediante la crisis convulsiva al no poder controlarlo afuera. La situación es móvil, pero el conjunto del vínculo y sus características en cuanto a la intensidad y las diferentes estructuras que se presentan en la epilepsia como una enfermedad dinámica, llega a características extremas. En la epilepsia podemos observar la mayor inmovilidad como la mayor movilidad, las presiones más brutales en el cuerpo como las presiones más brutales en el mundo exterior, siempre en busca de la destrucción del objeto.

El vínculo depresivo es el más fácil de sentir y de diagnosticar. En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa, la expiación. Es un vínculo caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo. El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo o cosmovisión es triste. Es triste de verdad, un triste constitucional. Toda su historia personal está construida en el vector de la tristeza, y su vínculo y enfoque de los problemas es depresivo, siempre con miedo a la pérdida de la relación del objeto. Siempre sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar. Si este estado adquiere las características de un sufrimiento permanente e intenso, decimos que se trata de una neurosis depresiva o de una psicosis depresiva. El problema es la cantidad y compromiso de la personalidad total.

Entre caracteropatía y psicopatía no existe ninguna diferencia, ya que en realidad se trata de lo mismo. Los sujetos afectados, si hablamos en términos de sujeto y objeto, expresan a través de su conducta, a través de sus vínculos, características menores que las de sus cuadros correspondientes. Son cuadros menores donde, en realidad, lo que está comprometido no es el juicio sino la conducta, en el sentido de que no hay actividad delirante, formulación de vínculo en términos de delirio, sino que el sujeto vive esa situación directamente. Por ejemplo, el carácter histérico es el que mejor caracteriza ese tipo de vínculo que es la representación, es decir la posibilidad de expresar a través del cuerpo una serie de situaciones, fantasías y emociones. Podemos decir que el lenguaje histérico es el lenguaje del cuerpo. La danza es una expresión histérica de determinadas fantasías y en la medida en que logra un nivel estético determinado, esa expresión histérica adquiere las características de un objeto estético. Lo que está más cerca de lo normal de lo estético es pues lo histérico.

El análisis de la negación del vínculo nos lleva al estudio de la despersonalización. Podemos definir la despersonalización como una tentativa de pérdida del ser, de la mismicidad o del yo, de no ser él el

que quiere vincularse sino de ser otro. O de no ser nadie para no tener compromiso en el vínculo. Tenemos entonces una patología de la despersonalización mucho más amplia, en el sentido de que cualquier vínculo de cualquier base –paranoide, depresivo, histérico, etc.- en un momento dado puede recurrir a la despersonalización como única defensa frente al vínculo que se está configurando. En la epilepsia, cuando la agresión disminuye como tentativa de destrucción de la situación persecutoria, puede aparecer la despersonalización como última tentativa de ligar el afecto al objeto del vínculo. Es decir, yo no lo odio, o bien, el que lo odia no soy yo. Lo importante es que esto impide la realización de la agresión porque el nombre del objeto se desliza hacia otro. En general, la despersonalización puede aparecer frente a todas las estructuras.

Muchas personas recurren con frecuencia a la despersonalización frente a vínculos de cualquier clase, incluso frente al vínculo normal. Por ejemplo, para poder tener una relación sexual más o menos normal o una buena potencia, un hombre puede necesitar despersonalizarse, porque en la medida en que niega ser él y es otro, puede tener una buena erección. Lo mismo puede suceder frente a algún vínculo regresivo psicótico, u otro cualquiera. Es decir que la despersonalización considerada en términos de vínculo es un recurso al que apela el yo para defenderse, para negar su mismicidad o *self* frente a un vínculo cualquiera, en una estructura cualquiera y ante a un objeto cualquiera.

Si observamos atentamente, comprobamos que la despersonalización no es permanente. A veces existe un clima de despersonalización que está expresado afuera; decimos entonces que es un clima de desrealización. La despersonalización se proyecta, una vez producida adentro, en cualquier vínculo en el mundo exterior; en ese caso no es ya uno mismo el que aparece como distinto sino el mundo.

Ese es el comienzo de la actividad delirante; el mundo ya no es como antes, no soy yo, son ellos. Es el mundo el que está cambiando y entonces las cosas empiezan a volver desde afuera en virtud de la retroyección, pero vuelven distintas porque están desrealizadas. Al entrar de nuevo las palabras que vienen desde afuera, que son las palabras de él y al no reconocerlas como propias sino como provenientes de otro, se crea el estado alucinatorio. El momento en que recibe el eco de sus propias palabras, pero como palabras distintas, porque las ha despersonalizado adentro y desrealizado afuera, es la situación alucinatoria. Lo mismo acontece respecto de todas las intencionalidades colocadas en el otro en la situación paranoica. El paranoico se queja de todo lo que los otros conocen de él, como lo demuestra la adivinación del pensamiento, el eco del pensamiento y todos los síntomas del delirio de la acción exterior, resultantes de cosas colocadas en objetos externos, que funcionan como depositarios y que luego el propio yo del sujeto niegan que le pertenezcan.

¿Qué es el vínculo normal? Para comprenderlo debemos partir del análisis de una de las principales características de las relaciones de objeto: el objeto diferenciado y el objeto no diferenciado. Es decir de las relaciones de independencia y de dependencia. Se dice que un objeto en una relación adulta normal es un objeto diferenciado, o sea que tanto el sujeto como el objeto tienen una libre elección de objeto.

Para comprender bien este punto es necesario partir de la otra situación extrema, la situación de máxima no diferenciación, situación que llamamos parasitaria y que luego se transformará en simbiótica. Cuando el niño depende totalmente de su objeto madre, deposita partes internas en ella, y cuando la madre hace otro tanto, es decir, deposita partes interna de ella, se produce entre ambos un entrecruzamiento de depositaciones, creándoseles a cada uno de ellos dificultades para reconocer lo que es suyo, propio. La situación extrema sería la de la primera relación del niño con el pecho de la madre, estableciéndose inicialmente una situación parasitaria, que luego se vuelve simbiótica en el sentido que hay intercambio de situaciones emocionales y de afecto. Si esta situación de simbiosis va

disminuyendo, se llega a un momento en que el objeto y el sujeto tienen un límite preciso, no están ya confundidos entre sí, sino diferenciados.

Ahora bien ¿de qué manera se establecen vínculos entre objetos totalmente diferenciados? Es probable que no nos sea posible definirlo porque tales vínculos son inexistentes y ello nos lleva a la paradoja de que el sujeto más maduro alcanzaría una diferenciación total con respecto a los otros objetos; se le crearía por consiguiente, una situación de alejamiento que nosotros, desde una posición no madura, podríamos calificar de indiferencia. Una pareja de objetos totalmente diferenciados entre sí tendría una independencia afectiva, a la vez que social y económica. La existencia de un hijo crearía entonces, en esa estructura de dos diferenciados, la unión simbiótica a través del hijo.

El vínculo de la confusión es en realidad el vínculo con el sueño, en un estado crepuscular o intermedio donde el sujeto está vinculado con los objetos internos y al mismo tiempo hace esfuerzos para conectarse con los objetos externos de la vigilia. Si fracasa en ese pasaje del sueño a la vigilia y queda en un estado intermedio, nos encontramos con el estado crepuscular donde se mezclan relaciones objetales de tipo normal de la vigilia con las del tipo de sueño. Por eso el delirio onírico aparece como una mezcla de experiencias internas con experiencias reales. Es muy difícil que un delirio onírico sea totalmente onírico, ya que por estar colocado sobre una pantalla de la realidad, también la realidad está dando elementos a ese delirio onírico. Nos encontramos así con todos los grados del sueño, desde la confusión marcada hasta el estar despierto.

2 - Patologías del Vínculo

¿Por qué usamos el término vínculo? En realidad, estamos acostumbrados a usar la noción de las relaciones de objeto en la teoría psicoanalítica, pero la noción de vínculo es mucho más concreta. Relación de objeto es la estructura interna del vínculo. Un vínculo es, entonces, un tipo particular de relación de objeto; la relación de objeto está constituida por una estructura que funciona de una determinada manera. Es una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas. La noción de relación de objeto es heredera, diríamos, de la psicología atomística. El vínculo es una cosa diferente que incluye la conducta. Podemos definir el vínculo como una relación particular con un objeto; de esta relación resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. Tenemos así dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo. Sabemos que hay objetos externos y objetos internos. Es posible establecer un vínculo, una relación de objeto con un objeto interno y también con un objeto externo. Podemos decir que lo que más nos interesa desde el punto de vista psicosocial es el vínculo externo, mientras que desde el punto de vista de la psiquiatría y del psicoanálisis lo que más nos interesa es el vínculo interno, es decir, la forma particular que tiene el yo de relacionarse con la imagen de un objeto colocado dentro de uno. Ese vínculo interno está entonces condicionando aspectos externos y visibles del sujeto. Podemos definir el carácter de un sujeto en términos de vínculo diciendo que su carácter, o sea la habitual manera de comportarse esa persona, puede ser comprendido por una relación de objeto interno. Es decir, por un vínculo más o menos estable y más o menos permanente que da las características del modo de ser del sujeto visto desde afuera, condicionado por un vínculo interno. La caracterología también ha sufrido el esclarecimiento de esta corriente tendiente a considerar la actuación permanente y dinámica de una relación interna, la existencia de objetos internos, de un modo interno con una realidad psíquica particular condicionando conductas y maneras de ser. Por consiguiente, el carácter recibe el impacto de la comprensión dinámica en el sentido de que el carácter es analizable en la medida en que descubrimos el vínculo interno. O sea, la naturaleza del objeto y el tipo de relación que establece el yo de ese sujeto con el objeto interno.

Este concepto de objeto interno y objeto internalizado ha provocado una profunda modificación en la comprensión del modo de ser, de la personalidad, del carácter y de los diferentes cuadros psicológicos. El campo más importante de la psiquiatría es el intrapsíquico, al que denominamos campo interno de naturaleza interpersonal y grupal, en el sentido de que es el campo psicológico compuesto por un determinado número de personas que actúan en una relación dinámica particular. Para el psiquiatra es fundamental el conocimiento de ese “mundo interno”. Podemos decir que es el descubrimiento principal efectuado por Freud y ampliado por la escuela inglesa, principalmente por Melanie Klein, quien contribuyó de una manera eficaz y profunda al esclarecimiento de esta situación en particular. De esta manera volvemos a encontrarnos, a reconsiderar un método psicológico bastante desprestigiado en los últimos años: la introspección. La introspección fue el método más importante de la psicología de fines del siglo pasado (XIX), pero solo ahora ha adquirido un sentido particular al comprenderse la naturaleza de ese método de investigación con el esclarecimiento del objeto interno. La introspección es en realidad un diálogo interno con un objeto que trata de esclarecer no tanto el objeto en sí sino el vínculo particular que ese objeto establece con el yo del sujeto. Ahora podemos decir

que la introspección es el equivalente del autoanálisis en el sentido de que hay una imagen interna con la cual el yo establece un determinado tipo de relación, en tanto que el heteroanálisis es el análisis de la relación con un objeto externo. El autoanálisis y el heteroanálisis están balanceándose, alternándose permanentemente. Cuando un paciente quiere analizarse en su hora de sesión hace un trabajo analítico antes de llegar a su hora de análisis teniendo la imagen interna del analista con el cual establece un tipo particular de relación; podríamos decir que está haciendo autoanálisis dentro de la mente donde procura resolver determinadas tensiones antes de llegar a la sesión con su analista. Lo mismo sucede cuando sale de la sesión. Antes de salir de ella introyecta la imagen del analista, la internaliza y establece con él una relación autoanalítica permanente. Es decir que una vez que el paciente está colocado en una situación analítica, no sale más de ella. En ese sentido se mantiene permanentemente en esa situación, sea afuera, sea adentro. Ahora podemos comprender la actuación externa fuera de la habitación del analista o del consultorio en términos de una actuación con un objeto interno. Todo el campo de la conducta del paciente empieza a ser claro y comprensible para nosotros en torno de objetos internos con los que establece relación.

Lo mismo sucede, por ejemplo, con el final del análisis, con el llamado after-análisis. Se sostiene que en el análisis los grandes progresos en la modificación de la estructura de la personalidad se producen después de terminado el análisis. Y esto en cierta medida es comprensible porque el autoanálisis y la imagen interna de ese analista con el cual estableció un vínculo particular siguen actuando. Y es posible continuar de una manera ordenada el autoanálisis en la medida en que ha sufrido previamente un entrenamiento heteroanalítico. Esto explica también porque el autoanálisis intentado por aquellas personas que no han sido analizadas previamente es un fracaso, dado que la profundidad a que puede llegar la introspección, que no es, ahora lo comprendemos, de una sola persona, sino la relación de dos personas internas, no puede llegar a un nivel profundo porque no existió la relación heteroanalítica previa con la cual se alcanzó dicho nivel, cosa que después de un análisis prolongado es posible continuar mediante el trabajo autoanalítico resultante del proceso de internalización del analista con sus características particulares. Con esto queremos señalar que el campo psicológico más importante en la patología mental es el campo intrapsíquico.

Generalmente se ha intentado comprender la patología mediante el estudio de las relaciones externas con objetos externos, pero encontramos que a medida que el sujeto regresa a posiciones más primitivas, las relaciones de objeto son esencial o predominantemente establecidas con objetos internos. La posición más externa que podemos encontrar es la del autismo, en la que el sujeto se retira del mundo exterior. Decimos que el sujeto pierde sus relaciones con la realidad. Lo que pasa es que traslada la realidad externa a otro escenario, al escenario interno donde volvemos a encontrar, cuando analizamos a ese sujeto, los mismos personajes que existían antes afuera pero que ahora están adentro, estableciendo con ellos vínculos particulares que condicionan toda su actuación. Siguiendo este esquema podemos comprender toda la patología interna. Cualquier síntoma puede ser analizado de esta manera. Por ejemplo, uno de los síntomas más típicos del proceso del esquizofrénico es la interceptación del pensamiento, síntoma que se vuelve comprensible cuando se incluye la consideración de una relación particular con un objeto interno.

A través del análisis del material analítico es fácil descubrir que esa interceptación es provocada por la interferencia de un objeto interno que se cruza en el camino del sujeto. Es el equivalente de una situación externa en la cual se prohíbe hablar al sujeto cuando el objeto externo interfiere su acción. Se trata de una imagen interna severa que le impide actuar. La actividad alucinatoria también puede comprenderse en términos de un objeto interno, un vínculo muy fuerte con un objeto interno que luego

es proyectado, o mejor dicho, re proyectado en el mundo exterior. Ha habido primero una proyección, luego una introyección y finalmente una re proyección. Lo que el paciente en realidad oye a través de sus alucinaciones es ese dialogo interno que sucede pseudoalucinación cuando la conversación es interna y luego es colocada afuera. Ese mismo proceso puede, en un momento dado y por la acción del análisis, volver a ser colocado adentro, y tenemos la alucinación verdadera transformándose de nuevo en pseudoalucinación. Otro ejemplo es del eco del pensamiento. Hay pacientes que se quejan de que todo lo que piensan y dicen es repetido por otro. Ese otro es una parte de la personalidad dividida que incluye otro objeto. Esa parte, podemos decir, tiene todo el derecho de conocer los pensamientos de la otra, porque en realidad constituyen una unidad cuando están juntas.

Cuando nos referimos al suicidio, generalmente estamos acostumbrados a relacionarlo con la posición o situación depresiva. En realidad el suicidio está más vinculado a la situación paranoide; se trata de un crimen interno, es decir, de la destrucción del objeto internalizado, último recurso que el sujeto emplea cuando trata de controlar y aniquilar dentro de él el objeto interno perseguidor, podríamos decir, sin que el sujeto advierta que él mismo va a morir. En realidad el suicida no cuenta con que se va a morir sino simplemente con que va a eliminar y aniquilar un objeto interno perseguidor. Por eso muchas veces realiza un ritual particular previo al suicidio. Se produce una profunda división en el yo y un control a través del ritual que el sujeto emplea para controlar al objeto interno. Es un crimen con premeditación y alevosía, en el sentido que la preparación dura un determinado tiempo y es perfectamente localizable. El objeto interno que se quiere aniquilar dentro de él es un objeto perseguidor, por eso el suicidio puede aparecer en el momento en que se intenta resolver la situación depresiva, es decir, a la entrada o a la salida de la enfermedad depresiva. Por ese motivo se lo relaciona en forma errónea con la situación depresiva, ya que, desde ese punto de vista, es fundamentalmente un mecanismo esquizoparanoide.

El estupor catatónico es la tentativa extrema, en la que está concentrada toda la actividad del paciente, de controlar dentro del cuerpo los objetos internos perseguidores. Al mismo tiempo se conserva la otra parte de la mente del paciente, quien puede hallarse en estupor catatónico durante años y a pesar de ello, grabar totalmente el acontecer de su alrededor.

Un paciente que permaneció en estado catatónico por espacio de quince años, poco antes de morir a causa de una enfermedad orgánica grave se puso a hablar y relató todo lo que había acontecido en la sala durante esos quince años. Esto se debe a que el paciente, al no necesitar ya el control del objeto interno perseguidor, por cuanto la enfermedad estaba ya liquidando ese objeto, deja de ser catatónico y establece una conexión normal con el mundo exterior. Podemos decir que en el paciente que se encuentra en estado de catatonía, el objeto único de su vida en ese momento es el control de un objeto interno perseguidor con el cual establece una relación particular. Las relaciones que establece con ese objeto interno, ya esté en la mente o en el cuerpo, darán lugar a fenómenos particulares. Por ejemplo en la catalepsia y la flexibilidad cérica los pacientes tienen una hipotonía muscular marcada y se los puede colocar en las posiciones más extrañas, manteniéndolos durante horas en la misma posición, sin que presenten fenómeno de fatiga. Esto se debe a que se ha producido una división en el esquema del cuerpo: los estímulos y el suceder de una de las partes no son incorporadas al resto del esquema corporal sino que, por el contrario, quedan separados de él. Una parte del cuerpo permanece aislada, y cuanto más aislada está mejor se logra la defensa del perseguidor colocada en esa parte del cuerpo a la que se puede mantener en una posición de inmovilización.

Las estereotipias son también relaciones de objeto con objetos internos. La estereotipia es una especie de ritual obsesivo en relación con un objeto que puede estar ubicado en cualquier lugar del

cuerpo o de la mente. El paciente puede hacer constantemente un gesto con la mano, y a través de del análisis del gesto se puede descubrir que está estableciendo relaciones infantiles regresivas con el objeto interno. Desde afuera se tiene la sensación que el paciente está jugando con una parte de su cuerpo. En realidad está estableciendo una relación lúdica, una relación de juego con un objeto interno depositado en su cuerpo, estableciendo una relación particular con él.

Las automutilaciones tienen el mismo mecanismo que el suicidio. Son tentativas de control, mutilación y aniquilación del objeto interno colocado en el ámbito del cuerpo.

La hipocondría es la resultante de sentirse totalmente invadido en el cuerpo por objetos internos malos. Cuando se niega esta situación de sentir todo el interior del cuerpo invadido por objetos internos perseguidores, aparece el delirio de negación o delirio de Cotard. El paciente termina por no tomar en cuenta la presencia del cuerpo, como si este fuera, por ejemplo, de papel, y entonces intenta matarse prendiéndose fuego, precisamente porque cree que es de papel. Cuando este paciente intenta prenderse fuego, en realidad lo que él quiere es incendiar o matar al objeto interno. Visto desde afuera este paciente se presenta evidentemente con las características de un loco. Esta es la vivencia de la locura. La alienación aparece entonces como vivencia en la medida en que la relación del vínculo interno con el objeto interno se hace cada vez más fuerte y poderosa. Todo el mundo vivencial del paciente se retrae del mundo exterior y se concentra en esa particular relación con el objeto interno adquiriendo a veces características muy particulares. Cuando el objeto que antes era perseguidor se transforma en un objeto bueno y necesitado desde adentro, ese sujeto psicótico presenta un mal pronóstico. Y esto sucede porque ha establecido una relación buena y erótica con un objeto interno perseguidor; podrá decir entonces que ahora esa es su vida privada y que seguirá siendo la misma.

Se observa un proceso similar en la evolución de ese síntoma tan curioso que se denomina “aparato de influencia”: el paciente se siente perseguido por un perseguidor provisto de un aparato que es la proyección de su propio aparato sexual. Este aparato lo tortura durante la noche mientras que en el cuerpo aparecen sensaciones caracterizadas como estados eléctricos, los cuales representan en realidad la expresión somática del orgasmo anal. El aparato de influencia es en realidad el heredero del orgasmo anal que suele aparecer en los niños en el momento de la defecación y que se manifiesta a través de un escalofrío. Ese escalofrío que el niño tiene en el momento de la defecación es el equivalente del orgasmo anal. Vuelve a aparecer en los delirios de influencia, donde la sensación de electricidad y de descarga resulta de la elaboración, a veces tras largas racionalizaciones, de esa situación infantil. Este aparato de influencia, perseguidor originalmente, que trata de castrarlo y violarlo, puede de golpe transformarse en un objeto bueno. El paciente comienza a estar fascinado por el objeto externo, es decir por el perseguidor, en el momento en que surge la mutación de ese objeto malo en un objeto bueno y necesario para el sujeto. En este momento la acomodación en la situación psicótica es definitiva.

El análisis de vínculo, el tipo de vínculo y la mutación del vínculo en la psicosis se transforman en elementos fundamentales para el pronóstico. En relación con la psicoterapia del psicótico, podemos decir que en la situación transferencial toda la relación con el objeto interno y las variaciones que tendrán lugar durante la proyección sobre el analista, van a constituir la base del trabajo concreto y diario en la psicoterapia del psicótico. Por eso es tan importante descubrir el vínculo interno.

La psiquiatría es especialmente el esclarecimiento, el conocimiento y la comprensión de la relación o vínculo con el objeto malo. El objeto bueno existe permanentemente pero, diríamos, no da una patología, es decir la sintomatología del paciente, se expresa sobre todo en relación con las defensas, sea adentro o afuera, en relación con el objeto perseguidor, mientras que la relación con el objeto bueno es silenciosa y se conserva en gran medida, de ahí que, en el caso del psicótico, la

psicoterapia sea posible. La transferencia puede configurarse alrededor del objeto bueno. Pero muy pronto el sujeto hará una psicosis transferencial, y en la medida en que hace una psicosis transferencial cambia la estructura de la psicosis de antes en una psicosis actual con el analista. Solo ahora surgen las posibilidades de que dicho paciente sea curado. Toda la investigación y todo el destino de la psicoterapia del psicótico están centrados en el conocimiento detenido y sistemático de la psicosis transferencial. El analista no es un observador imparcial o fuera de la situación, sino que siempre es un observador comprometido precozmente en la situación del paciente. Esto ocurre así, felizmente, ya que es la repetición de los conflictos con el analista en la situación transferencial lo que hace posible la ruptura de la situación psicótica estereotipada. El psicótico ha logrado un equilibrio para él dentro de la economía de su sufrimiento, valiéndose de defensas particulares. Lo primero que se rompe, causando gran ansiedad y dando a los otros la impresión de una reagravación, es esa estructura estereotipada con la cual había hecho una adaptación psicótica a su mundo interno y al mundo externo.

Es la relación psicoterápica el paciente suele tener una actitud particular con el analista y una actitud contraria en el afuera. Por tratarse, pues, de dos objetos diferentes, no debemos hablar de ambivalencia sino de bivalencia. Porque la ambivalencia es la relación, el vínculo con el objeto total en que el amor y el odio están dirigidos al mismo objeto, mientras que en la relación esquizoide el amor y el odio están dirigidos a objetos diferentes. Son objetos diferentes y partes diferentes en este proceso. Esto es muy importante porque una buena interpretación es la que establece la reunión de los dos elementos del vínculo bueno y malo en el adentro y en el afuera. Es decir que una interpretación debe tender a juntar. En la medida en que se pueden juntar las partes, aparece un tipo de ansiedad particular que es la ansiedad depresiva. El paciente llora la pérdida de ese objeto, porque ese objeto es amado y odiado a la vez. El sujeto se siente a su vez amado y odiado por el objeto. O sea que ese vínculo estrecho y complejo que caracteriza la ansiedad depresiva explica toda la fenomenología de la situación de depresión, de la melancolía.

El sentimiento de culpa es una complicación resultante del sentimiento de ambivalencia, por el hecho de odiar a un objeto al que quiere, lo que provoca el dolor moral. El dolor moral (sentimiento de pena) y la culpa siempre están juntos; puede predominar cualquiera de los dos, pero siempre se dan en relación con un objeto total amado y odiado, al mismo tiempo que siente amado y odiado por el objeto. La culpa es del yo frente al objeto por sentirse culpable de tener fantasías destructivas con objetos que uno siente que también quiere. De ahí surge toda la fenomenología de la depresión. Por ejemplo la inhibición psicomotriz, que es uno de los síntomas más típicos de la depresión, está en relación con la inhibición de la agresión. Cuanto mayor es la agresión, mayor es la fantasía de destrucción del objeto total, lo que puede determinar el mecanismo de bloqueo de la agresión, llegando hasta el estupor melancólico en el que el sujeto inmoviliza los aparatos del yo encargados de ejercer la agresión. La inhibición psicomotriz es un síntoma universal de la depresión. El sujeto empieza a tener dificultades para pensar, porque el pensar siempre implica una relación de objeto. Siempre se piensa a favor o en contra de alguien. Todo lo que realizamos en nuestra mente, todo nuestro pensamiento está siempre en relación con otro. En realidad, no con uno sino con dos. Ya que la relación universal es siempre una relación de tres. Gran parte de la patología mental está en relación con este tercero aparentemente excluido, y en los delirios, por ejemplo en el delirio de celos, esto es característico. El sujeto que experimenta un delirio de celos considera que el objeto de sus celos está acompañado de otro. La situación de tres es permanente. En el delirio de celos el sujeto trata de controlar al objeto, pero aun bajo su control siempre teme que mentalmente el objeto establezca contacto con otro objeto.

El tercero está actuando siempre en el delirio, en la alucinación y en una cantidad de síntomas de tipo de actuación psicopática, donde el tercero puede estar ubicado en otras personas, en la calle, en cualquier sitio, etcétera.

El masoquismo es una relación libidinosa con un objeto malo interno y que, colocado fuera, puede dar lugar a ciertos tipos de conducta. Un paciente que se queja de sufrir persecuciones puede en un momento dado apelar a la defensa homosexual para apaciguar al perseguidor. Y ese perseguidor, que era puramente malo en un momento dado, se transforma en un objeto bueno para él. Porque ha entrado en un trato particular aceptando la situación homosexual. El vínculo que establece con el objeto es ahora muy fuerte y el paciente no tiene interés en romper dicho vínculo; por eso ninguna promesa que venga de afuera podrá convencerlo de que abandone el objeto que le está dando placer y que maneja ilusoriamente.

En síntesis la teoría del vínculo es un tipo de conocimiento que funciona con un criterio operacional, como un instrumento de trabajo con el cual se puede abordar al paciente psicótico y comprenderlo en función de su campo intrapsíquico, que no era considerado antes en la vida mental con la jerarquía que le proporciona actualmente la teoría del vínculo con los objetos internos.

3 - Vínculo, Comunicación, Aprendizaje

El vínculo es un concepto instrumental en Psicología Social que toma una determinada estructura y que es manejable operacionalmente. El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y espacio determinados. Por ello el vínculo se relaciona posteriormente con la noción de rol, de status, de comunicación.

En la relación de objeto está implicada toda la personalidad, con su aparato psíquico, con su estructura, con los dos instintos básicos descriptos por Freud: la libido y la agresión, Eros y Tanatos. Es una relación con otro establecida de una manera particular. Las características de esa estructura de relación de objeto adquieren cierta diferenciación en ese momento y en ese sujeto, configurando un vínculo personal que puede ser diferente con otro, con otros y también con cosas, es decir, con objetos animados y con objeto inanimados. Así entendemos nuestra noción de vínculo ya que podemos establecer un vínculo con la caja de fósforos, con el encendedor, con un libro, con una silla, con una mesa, con una casa, etc. Y cada uno de esos vínculos tiene una significación particular para cada individuo. En el vínculo está implicado todo y complicado todo. La persona sea con un juego armónico de sus partes integrantes, sea con un juego disarmónico, pero no se puede dividir

Lo que es del Ello, del Yo o del Superyó en una relación de objeto. Podemos decir que un vínculo está preponderantemente en relación con el Ello, o sea que la relación puede ser más amorosa o más agresiva en ese sentido. En relación con la preponderancia del Yo podemos manifestar que el vínculo es más operacional o que tiene más sentido del manejo de la realidad; en tanto que si es predominante en relación con el Superyó el vínculo es culpógeno. Pero en cualquiera de las situaciones está todo el aparato psíquico implicado y complicado. No hay relación de objeto con una parte del aparato psíquico; el aparato psíquico se comporta como una totalidad, como una estructura dinámica en las que sus partes en ese momento y en ese sujeto tienen una valencia particular. De acuerdo con nuestro concepto del Yo, del Ello y del Superyó, podemos hablar claramente de la predominancia de una de dichas partes en relación con el vínculo. Por ejemplo, una conducta perversa o una conducta impulsiva están más cerca del Ello, pero si estudiamos detenidamente la perversión vemos que también el Superyó está seriamente implicado en la relación.

El carácter o personalidad resultan de establecer particular con un objeto animado o inanimado, o con un grupo de una manera particular y con una fórmula particular. Por eso decimos que el vínculo es un concepto perteneciente a la Psiquiatría y a la Psicología Social. Es lo que desde afuera estamos observando que sucede con Fulano de Tal, que establece vínculos con otro u otros de una manera particular. Cuando se habla de relación de objeto esto implica más la visión interna, es decir de adentro hacia afuera. En el trabajo psicoterápico uno de nuestros objetivos es captar el vínculo que el paciente establece con el terapeuta para poder inferir desde ahí el tipo de relación de objeto y la naturaleza de los procesos internos que funcionan dentro del paciente.

Los paciente psicóticos tienden a establecer vínculos animados con objetos inanimados y eso es lo que denominamos magia. El pensamiento mágico de caracteriza fundamentalmente por la extensión a las cosas inanimadas de la racionalidad de los objetos animados. De esta manera se puede penetrar en el pensamiento delirante con mayor seguridad, porque es fácil ver entonces que el psicótico alucinado establece un vínculo particular, por ejemplo con un aparato que él llama máquina de influencia. Entonces siente que ese aparato de influencia está actuando sobre él y que tiene una relación con él,

estableciendo un vínculo particular. A veces se llega a establecer un diálogo con el aparato, es decir, una relación. Una relación que incluso tiene una evolución particular, ya que en determinado momento puede cambiar y transformarse en placentero y aceptado, con lo cual se crea un vínculo de mal pronóstico para el sujeto en esa situación. De esta manera vemos cómo el vínculo forma una estructura perfectamente visible y controlable, e investigable con los métodos de la Psicología Social.

No existen relaciones impersonales ya que el vínculo de dos se establece siempre en función de otros vínculos históricamente condicionados en el sujeto y que, acumulados en él, constituyen lo que llamamos inconsciente. El inconsciente está pues constituido por una serie de pautas de conducta acumuladas en relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados sujetos. Entonces cuando se deposita sobre otro sujeto mediante el mecanismo de desplazamiento o de proyección un determinado objeto interno, establece con él un vínculo ficticio, como lo es por ejemplo el vínculo transferencial, donde el analista llega a tener las características de una figura anterior y tiene operancia en el tratamiento justamente por eso; porque a través de la transferencia se puede revivir el vínculo primitivo que el paciente tiene con sujetos primarios, de su primera época de vida- De esta manera se puede rectificar la naturaleza de esas imágenes y hacer el aprendizaje de la realidad, el aprendizaje en sentido general.

En el narcisismo no existe una relación an-objetal. Cuando el niño nace --y ahí nos detenemos-- y establece su primera relación con los objetos, y los objetos son administrados mediante una serie de procesos de introyección y proyección con los cuales él construye un mundo interno lleno de representaciones de los objetos externos, esos objetos internos adquieren características particulares que son imágenes de los objetos externos, pero que no coinciden con la naturaleza real de esos objetos, sino que están matizados por la fórmula instintiva de ese niño en particular. Si podemos hablar de una agresividad constitucional, decimos que ese niño con una fuerte hostilidad va a dar determinadas características a sus objetos internos, características persecutorias que son más intensas que en el niño que nace con una hostilidad menor. El mundo interno se construye de esta manera. Ahora ese mundo interno se construye también por la experiencia externa, que es colocada adentro constituyéndose un mundo particular, un mundo que no es externo pero que es tan real para el individuo como el externo con el cual trabajamos. Surge entonces la diferencia entre mundo interno y mundo externo. De ese mundo interno cada uno de nosotros construye una fantasía. Por eso es fundamental en el análisis descubrir la representación que cada uno de nosotros tiene de su propio mundo interno. Es la fantasía de nuestro mundo interno funcionando de una manera particular.

El descubrimiento del otro en psicología está guiado por momentos insight de ese mundo interno, el cual funciona con una dialéctica interna particular y que puede servir de acercamiento a la realidad y orientar un determinado tipo de investigación.

Si analizamos el trauma del nacimiento de acuerdo con la concepción de Otto Rank observamos que el error metodológico fundamental reside en el hecho de relacionar directamente lo vivido ahora en el presente por el paciente, como si fuera la repetición exacta de un hecho histórico de su vida anterior. Porque lo que el paciente vive en ese momento con los otros puede expresarlo utilizando un lenguaje referencial en términos de vida intrauterina, que es un lenguaje simbólico. Pero esto quiere decir que haya una analogía total en la exactitud sobre la vivencia actual y la vivencia histórica total. O sea que simplemente utiliza un lenguaje simbólico referencial.

El punto de fijación se crea después del nacimiento. Por fijabilidad se entiende la posibilidad de que fijaciones posteriores se realicen en aquellos puntos en que durante el desarrollo existió una perturbación. Constitución en términos psicoanalíticos es lo que el niño trae al nacer. Disposición es la

fijación creada durante el desarrollo. Fijabilidad es la posibilidad constitucional determinada por una noxa que actúa en el desarrollo. Se puede hablar de un punto de fijabilidad hereditario. Hablamos de herencia de puntos parciales, de determinados montos de agresión, de determinados desarrollos, sobre los cuales actúan factores externos al feto mismo, el intrauterino, que condicionan un punto de fijabilidad para futuras fijaciones durante el desarrollo, que es lo que va a dar las disposiciones a determinadas enfermedades. De esta manera formulamos el concepto de constitución y el concepto de disposición en términos dinámicos. Estos puntos de fijabilidad no son fijos, sino que, en condiciones dinámicas, pueden movilizar determinadas estructuras que han quedado fijadas, estancadas en su desarrollo. Por eso el elemento desarrollo y la maduración es una nueva simbiología incluida en el psicoanálisis. Esto significa incluir un elemento donde se ve el desarrollo y la maduración dentro del proceso de análisis como un aprendizaje de la realidad durante todo el tratamiento. Es decir, donde viejos puntos de fijación son movilizados y donde el sujeto realiza el aprendizaje del mundo llevado de la mano del analista, rectificando actitudes que podemos llamar actitudes fijadas anteriormente.

El vínculo con la madre es denominado vínculo intrauterino. El feto establece un vínculo parasitario con la madre, vínculo que posteriormente puede hacerse simbiótico y en ocasiones siamésico. El vínculo siamésico es el más angustiante de todos en el sentido de que el niño puede experimentar la separación de la madre como si acarrease la muerte de los dos, o la imposibilidad de la supervivencia de uno de ellos, lo que sería factible por ejemplo en la situación parasitaria o en la simbiótica., tal como se observa en determinadas esquizofrenias y en ciertos procesos psicóticos.

El campo de la psiquiatría es el campo de los objetos internos. Los vínculos entre el Yo y los objetos internos marcan de una manera muy fuerte el vínculo externo. En una proyección, por ejemplo paranoide, lo que el sujeto coloca afuera, en el mundo exterior o en la sociedad, es la pauta de conducta de los vínculos internos con sus objetos internos. Los objetos actuales funcionan para el sujeto como pantallas referenciales sobre las que coloca toda una estructura, un modo de ser, un vínculo con otro que coloca sobre el terapeuta y lo vive como una realidad. La locura puede describirse como la resultante de colocar un vínculo interno sobre uno externo, con respecto al cual tiene prioridad. A medida que el vínculo interno se fortalece se va pasando de la neurosis a la psicosis. Entonces el mundo externo y el mundo interno aparecen sin noción de límites, no existe ya el insight no existe conciencia de enfermedad porque para él lo que él vive es la realidad absoluta y concreta. Las voces que un psicótico oye son resultantes de sus vínculos internos colocados y desparramados por el mundo mediante un mecanismo que se llama dispersión. Por ello el fenómeno alucinatorio es en primer lugar interno, determinando lo que se llama la pseudoalucinación. Luego se produce la alucinación externa propiamente dicha, resultante de que se ha producido una escisión mayor y colocado afuera un vínculo interno, estableciéndose diferentes tipos de vínculos con el objeto alucinatorio.

Las patoneurosis y patopsicosis son condiciones o situaciones en que sobre un órgano enfermo se establece una situación neurótica o psicótica. La enfermedad del órgano es previa. La enfermedad está creada por trastornos orgánicos; ulteriormente se utiliza el mecanismo defensivo sobre el órgano. Un órgano dañado físicamente atrae sobre sí determinados conflictos psicológicos, un órgano que está en destrucción es un órgano vivido dentro del esquema corporal como un órgano atacado. Podemos decir que si el sujeto tiene una disposición particular hipocondríaca colocará sobre la pantalla del órgano enfermo toda su conflictiva psicológica. La patopsicosis se caracteriza por tomar un órgano que está previamente enfermo, y depositar sobre la pantalla del órgano conflictos psicológicos, los que pueden comprenderse como cualquier otro proceso psíquico. En la parálisis general, por ejemplo, los trastornos deficitarios son los primarios; el sujeto empieza a sentirse desmemoriado, a experimentar

debilitamiento de los aparatos de su Yo, a experimentar un sentimiento de impotencia, etc., y todo eso es vivido como un ataque narcisista, como una castración. Desde ahí se inicia un proceso regresivo hacia los puntos disposicionales. Por eso cada uno hace la psicosis que le corresponde disposicionalmente. Esto explica que las formas de expresión de la parálisis general sean tan variadas. Sin embargo, se puede decir que hay cierta regularidad. Schilder y Ferenczi, los que prestaron más atención a este problema, desarrollaron el famoso tema del “pene de oro”, estudiando a través de él la ansiedad de castración que padecían todos estos sujetos por el debilitamiento de sus funciones mentales. Se debilita la memoria, la atención, experimentan una dificultad interna orgánica que es diferente de la dificultad del neurótico. No se trata de una inhibición del pensar sino de un no poder pensar. El daño en el órgano es vivido como un ataque, especialmente en el sujeto que tiene una estructura narcisista hipocondríaca. Es ahí donde se sitúa el conflicto y esos individuos hacen su psicosis sobre ese órgano previamente enfermo, comprometiendo a su vez más el proceso orgánico. El vínculo se establece con el órgano pero, en realidad, se establece con el personaje que está incluido dentro del órgano, el que es vivido como un perseguidor que lo está destruyendo. Entonces los mecanismos defensivos tienden a deshacerse de esto, a negarlo. Supongamos que un individuo que tiene un proceso grave y hace un delirio de negación, niega la destrucción de ese órgano o hace un delirio de inmortalidad. El delirio de Cotard es la puerta de entrada para el estudio de todo lo concerniente al cuerpo. El vínculo es un vínculo interno establecido en el cuerpo o área 2. Lo que domina hasta ese momento es el vínculo en el área 2, el cual puede luego desviarse en un momento dado y proyectarse en el área 3 o mundo exterior. Un sujeto con un órgano enfermo hace primero un delirio hipocondríaco y luego cuando lo proyecta al área 3, hace un delirio paranoide. Las destrucciones que él ve afuera son en realidad las destrucciones de su órgano enfermo. Ese mismo proceso de proyección hacia afuera de un proceso de destrucción interna lo podemos observar en el comienzo del proceso de fantasía de fin de mundo que presentan algunos esquizofrénicos. Es la proyección hacia afuera de la vivencia interna de la destrucción de su estructura corporal. El esquizofrénico siente entonces que las casas o los edificios se rompen y se les vienen encima, o que el mundo se destruye totalmente.

La represión es un proceso complejo, tal como lo observamos en la identificación. Por eso hablamos de una identificación proyectiva y de una identificación introyectiva. La represión incluye una serie de procesos. Desde ya el primero es la división, después la negación y finalmente el control omnipotente de lo dividido, negado y reprimido.

En la manía, la represión y la negación por identificación y proyección son muy veloces. La negación maniaca es un proceso que se caracteriza por la vivencia represiva que es negada y por un proceso de proyecciones e introyecciones a una velocidad particular que caracterizan al pensamiento maniaco.

En la histeria observamos primero el mecanismo de división y luego el de negación y el de control omnipotente. La fantasía es también un mecanismo defensivo. Tiene un argumento, la defensa se hace por algo, tiene una intencionalidad. En términos de vínculo un objeto interno es reprimido, es aislado de la parte central del yo por un mecanismo de división y dentro de ese departamento donde se coloca es controlado de manera omnipotente por un mecanismo que es fundamentalmente de control anal. En realidad, en cada mecanismo van a intervenir todas las fases de la evolución psicosexual. Por eso no podemos hablar en términos de fase oral, anal, genital; esto es una abstracción. Predomina una pero están todas presentes y están todas actuando, tanto en la defensa como en la estructura total. Son pautas de estructuras de conductas totales del organismo que son apartadas de la acción, postergadas o separadas totalmente por el mecanismo de la división.

Paula Heimann, al estudiar el mecanismo de introyección paranoide, dio el ejemplo del paciente que cuando sale de la sesión introyecta dentro de él a su analista entablando un diálogo interno con él. El analista introyectado puede ser un objeto malo que lo daña. Entonces el paciente necesita dividir. Hace un compartimiento, enclaustra en él al analista, y pueden suceder varias cosas: o queda depositado ahí, enclaustrado, negado, o el paciente puede llegar a la aniquilación de ese objeto interno, que puede ser aniquilado físicamente mediante el suicidio o aniquilado por el empleo del mecanismo defensivo de la anulación total de una zona del Yo donde está incluido ese analista. Por ejemplo, en la jaqueca, el dolor de cabeza brusco, el golpe interno, está producido por una fantasía de destrucción del objeto malo internalizado dentro de los límites del Yo. Lo mismo puede suceder con la epilepsia. Sería entonces un modelo de vínculo interno con las diferentes vicisitudes que experimentan los objetos internos. Hablamos de vínculos internos y de vínculos externos integrados en un proceso de espiral dialéctica. El vínculo, que primero es externo, después se hace interno y luego externo nuevamente y posteriormente vuelve a ser interno, etc., configurando permanentemente la fórmula de espiral dialéctica, de ese pasaje de lo de adentro afuera y de lo de afuera adentro, lo que contribuye a configurar la noción de límites entre el adentro y el afuera. Esto determina que las características del mundo interno de una persona dada sean completamente diferentes de las del mundo interno de otras personas frente a la misma experiencia de la realidad externa.

4 – Vínculo Racional e Irracional

La psiquiatría actual es una psiquiatría social en el sentido de que no se puede pensar en una distinción entre individuo y sociedad. Es una abstracción, un reduccionismo que no podemos aceptar porque tenemos la sociedad adentro. Nuestros pensamientos, nuestras ideas, nuestro contexto general es en realidad una representación particular e individual de cómo ha sido el mundo captado por nosotros de acuerdo a una fórmula personal, de acuerdo con nuestra historia personal y con la manera en que actúa ese medio sobre nosotros y en que actuamos nosotros sobre él.

El primer método clásico utilizado como método psicológico ha sido la introspección. Se la consideró inicialmente como un monólogo, pero hoy sabemos que se trata de un diálogo, de un vínculo con un objeto interno, más o menos consciente. La diferencia entre la introspección y el análisis reside en que en la investigación analítica tratamos de estudiar y conocer el vínculo con un objeto interno con el cual dialogamos pero que es inconsciente. La introspección es un vínculo particular con un objeto particular y con una finalidad particular. Una relación de dos pero en un determinado nivel, dado que el objeto interno es consciente para el individuo. El diálogo es consciente y dirigido por un objeto consciente, pero detrás de ese vínculo interno consciente debemos tener presente que existe un contenido latente.

El psicoanálisis es la investigación del vínculo con un objeto interno que tiene una representación manifiesta y una latente. Es decir, un contenido manifiesto mediante el cual se cubre un contenido latente. La introspección es el diálogo con el contenido manifiesto, en tanto que el psicoanálisis es el diálogo con el contenido latente. Aquello que un paciente dice acerca sí mismo y acerca de los demás son juicios que nos permiten investigar los vínculos externos e internos con otros objetos que son inconscientes. Objetos que tienen una representación inconsciente y cuanto más inconscientes son, más operatividad tienen sobre la conducta del individuo en la medida en que éste los controla menos. Lo irracional de una conducta está dado por el grado de latencia o grado de inconciencia del vínculo interno establecido con un objeto interno, que es operante sobre la conducta del individuo en ese momento. De un vínculo muy inconsciente a otro más consciente, la relación que encontramos es de grado. Esto quiere decir que la situación de lo racional y de lo irracional es un problema de cantidad. Un vínculo racional con alguien siempre incluye una situación latente, podemos decir irracional; entonces ese vínculo irracional es lo que se volverá racional durante el proceso de análisis.

Las palabras racional e irracional deben ser consideradas en términos de vínculo, como grados de esclarecimiento o grados de conocimiento de la naturaleza del vínculo. Decimos que una relación es objetal y racional cuando es conscientemente conocida y conscientemente administrada. Pero al mismo tiempo sabemos que ese vínculo que llamamos racional está genéticamente ligado a vínculos irracionales. La transformación de lo irracional en racional puede realizarse en términos de espiral, como una transformación dialéctica, es decir que cantidades de irracionalidad se transforman en cualidades de racionalidad a medida que el proceso psicoanalítico avanza. La finalidad de la psicoterapia es volver racional un vínculo irracional, porque la neurosis suele definirse por la predominancia de un vínculo irracional que es operante en la práctica y en la praxis de ese sujeto en su relación con el mundo. No podemos establecer una división formal entre inconsciente i consciente ya que son simples diferencias de grados. Es una cualidad de lo psíquico, tal como Freud lo manifestó. Podemos decir que lo inconsciente, lo consciente y lo preconscious son cualidades de lo psíquico en determinado momento que están en relación con un determinado objeto.

Durante el mecanismo de la regresión se hace más superficial lo profundo. Es una actualización de estratos profundos que se vuelven operantes a través de un pattern de conducta que se reactiva. A través de la regresión lo profundo aflora, lo inconsciente se vuelve consciente, lo irracional se vuelve racional, lo latente se vuelve manifiesto.

Una de las cosas operacionales más importantes de la sesión psicoanalítica es la regresión transferencial que se produce durante la misma. La regresión transferencial es un vector de trabajo muy importante. La neurosis transferencial permite al paciente, en la medida en que está seguro de la posición del psicoanalista, revisar su pasado en la medida de lo que se atreve a regresar. Cuando un paciente presenta una estructura muy rígida, caracterológica, no hace una neurosis transferencial regresiva sino que tiene tendencia a hacerla por encima del nivel de actuación común, es decir, recurre a la intelectualización del análisis. El analista debe ayudar a su paciente a superar la dificultad para abandonarse, hacer una regresión y repetir en la transferencia una pauta de conducta anterior, revivir una situación histórica determinada, rectificarla en el contexto de la situación psicoanalítica actual y aprender de nuevo como si hiciera un reaprendizaje de lo que vive. Por conducta comprendemos la expresión de un vínculo en términos de lo que se ve. Es decir que una persona reacciona de una manera particular frente a un acontecimiento, este acontecimiento está influyendo sobre un objeto aunque éste sea inanimado, en la medida en que ese objeto inanimado tiene una significación particular para él. Nos acercamos entonces al concepto de simbolismo. Ese simbolismo está en relación con la historia particular del sujeto. El símbolo debe verse en su carácter funcional, en su carácter de totalidad. Podemos decir que en la transferencia se reactivan actitudes que son siempre significativas y totales. Durante la psicoterapia se superficializa una cosa que está situada más profundamente.

Es más dinámico este concepto que el de consciente e inconsciente como estratos fijos.

Al referirse a las cualidades de lo psíquico Freud habla de inconsciente, preconsciente y consciente. El concepto de preconsciente es dinámico ya que el pre indica que puede serlo después. Nunca empleó Freud el término subconsciente ya que éste es menos rico y además tiene una valoración probablemente moral, pues significa por debajo de algo que está encima, mientras que el uso del prefijo pre implica lo temporal. La traducción de subconsciente fue hecha por los españoles, quizá porque incluía un criterio moral, fundamentalmente religioso.

Por su lado la corriente fenomenológica francesa rechaza el término de consciente y usa los términos irreflexivo, prerrelexivo y reflexivo. Expresa que lo reflexivo no es más que la explicación de una cosa que irreflexivamente ya estaba dada. En realidad observamos que las cualidades de lo inconsciente, de lo preconsciente y de lo consciente están modificadas por el uso de los términos irreflexivo, prerrelexivo y reflexivo, pero que en el fondo la modificación no es profunda.

5 – Vínculo, Campos de Interacción y de Conducta

El objeto central de las investigaciones psicológicas es el campo psicológico, donde se establecen las interacciones entre la personalidad y el mundo. El concepto de situación es importante porque connota las modificaciones en que el medio es el agente, en tanto que el concepto de conducta connota las modificaciones en que la personalidad es el agente. Es importante estudiar la noción de situación, interacción y conducta.

El campo psicológico es el campo de las interacciones entre el individuo y el medio. Por eso podemos expresar que el objeto mismo de la psicología es el campo de interacción. Antes se consideraba que este campo era hueco o vacío a causa de la dicotomía que la psicología clásica establecía entre el individuo y la sociedad. Se estudiaba al individuo aislado y se procuraba comprenderlo como tal, sin incluir siquiera su mundo interno. Por consiguiente, podemos decir que la psicología clásica es una psicología abstracta sin contenido, sin drama, sin objeto, con funciones separadas y aisladas del medio, con un método de estudio especial que es la introspección referida a un diálogo vacío, sin incluir el diálogo con los objetos internos. Nosotros estamos trabajando precisamente ahí, en el sitio donde antes existía una dicotomía entre individuo y sociedad. A eso se debían las interminables discusiones sobre la característica de los campos de la psicología, de la psicología social, de la sociología y de la sociopsicología.

El campo psicológico según Lagache ofrece al investigador cinco clases principales de datos:

- 1) El *entourage* o contorno. Éste es concebido como una totalidad, como un conglomerado de situaciones y de factores humanos y físicos que están en permanente interacción. La situación interpersonal estudiada profundamente y que sirve de modelo para todo orden de investigación es la situación analítica. La interacción entre analista y paciente en una situación dada, en un medio y contorno determinados, reproduce más o menos las condiciones de una situación experimental.
- 2) La conducta exterior espontánea o provocada, accesible a un observador, ayudado o no de instrumentos, que comprende las diferentes formas de comunicación, en particular la palabra.
- 3) La vivencia, o sea la experiencia vivida, inferida por la conducta exterior y comunicada verbalmente por el sujeto. Ella nos da informaciones sobre los aspectos psicológicos de la existencia. Anteriormente se establecía una división entre conducta exterior y vivencia, dos corrientes psicológicas que se disputaban la supremacía de uno o del otro. El conductismo tenía en cuenta solamente el aspecto exterior de la conducta, en tanto que la psicología fenomenológica existencial tiene en cuenta la vivencia. Todo esto como si entre conducta y vivencia no existiera relación, como si no formaran un todo en un determinado momento, en el aquí-ahora de una situación dada, lo que está sucediendo.
- 4) Las modificaciones somáticas objetivas aparecidas en determinada situación.
- 5) Los productos de la actividad del sujeto, como un manuscrito, una obra de arte, un test psicológico, un relato, etc.

De modo que el campo psicológico estudia el contorno, la conducta exterior, la vivencia, las modificaciones somáticas y los productos de la actividad del sujeto. Estos cinco elementos pueden ser vistos y estudiados en la situación analítica.

El paciente trae su contorno al análisis dentro de él; en la habitación del analista se introducen una serie de personajes que deben ser estudiados. Mirar es escuchar, considerar al individuo y su medio en permanente interacción. No se puede explicar lo que a un sujeto le sucede si no tenemos en cuenta esa situación. Lo que el paciente vive en la situación transferencial lo vive en un contorno determinado

con el analista, en una habitación determinada y con objetos particulares que pueden ser cambiables o no. La conducta exterior del paciente debe tenerse en cuenta al formular las interpretaciones, por ejemplo, la apertura de una sesión puede estar determinada por la manera en que el paciente entra, saluda, se sienta, etc. Si nos atrevemos a construir una fantasía acerca de lo que está sucediendo en el paciente en cuanto entra en la sesión tendremos entonces la posibilidad de poseer un esquema referencial para el resto de la sesión, sin que ello implique someternos a nuestra primera hipótesis en el transcurso de la entrevista. En el proceso de interacción con el paciente, el lenguaje, la palabra, la comunicación verbal es fundamental, pero también lo es el lenguaje preverbal a través de los gestos y las actitudes.

Durante la evolución del psicoanálisis se dio poca importancia al cuerpo a pesar de que el psicoanálisis partió del cuerpo, porque el punto de partida de Freud fue la histeria y a través de las conversiones histéricas Freud construyó su psicología. Pero muy pronto se limitó a un tipo particular de conversiones histéricas y el resto del área 2 o cuerpo fue descuidado. Por eso algunas enfermedades como la hipocondría no recibieron una atención especial. Esto se debió a que no encontraron significaciones en las modificaciones del cuerpo hasta que se introdujo la noción de objeto interno ubicado en el área 2. Es decir que determinadas fantasías de objetos que actúan dentro del cuerpo y están situados en determinados órganos representaban el contenido latente de la enfermedad hipocondriaca. También podemos decir que el depresivo o el melancólico es un paciente que tiene un perseguidor interno muy severo, que se está quejando permanentemente de su conducta. En tanto que el paranoico se queja de un objeto exterior que lo persigue y lo maltrata. Esta metabolización del objeto, que puede estar situado en el área 1, como en la melancolía, en el área 2, como en la hipocondría o en el área 3, como en la paranoia, indica las tres posibilidades de manejo de los objetos y las tres dimensiones en las cuales pueden estar ubicados. Por supuesto que todo esto está implícito en la obra de Freud, pero no está señalado como una sistemática de ver, sentir y de explicar en las tres áreas, en uno mismo como trabajador, como analista, y en el paciente.

En la formulación de una interpretación en nuestro campo de trabajo diario los elementos dados por el contorno, la conducta exterior. La vivencia, las modificaciones somáticas y los productos de la actividad del paciente son tomados como indicios permanentes de una actividad latente. Nuestra tarea es retraducir todas esas informaciones, toda esa codificación hecha en un lenguaje típico en términos de una fantasía subyacente en ese momento del paciente.

En psicoanálisis hemos tratado siempre de señalar que en cierto modo la teoría y la práctica están juntas en permanente interacción, a través de un proceso en espiral dialéctica. Es decir que la teoría y práctica se resuelven en el campo de la investigación, cualquiera que sea ésta, en el momento mismo del trabajo operacional.

El analista que está trabajando e investigando al mismo tiempo en el momento anterior a la formulación de una interpretación recurre al uso de un esquema referencial que denominamos Esquema Conceptual Referencial y Operativo, con el cual construye la interpretación sobre la base de la observación de todos los indicios obtenidos en las cinco direcciones que hemos señalado. Con este esquema que denominamos E.C.R.O. y con los indicios que hemos obtenido construimos una interpretación sobre lo que está sucediendo, se la formulamos al paciente y en el momento en que se la formulamos, que es el acto operacional, ya hemos hecho la síntesis entre teoría y práctica. Es decir, hemos trabajado como observadores, hemos captado todos los indicios en las cinco dimensiones y todo esto lo hemos colocado dentro de nuestro esquema que está construido con nuestros conocimientos, con nuestra historia personal, con nuestro autoanálisis, con las lecturas que hacemos, con las

circunstancias de ese momento y con ese paciente en particular que nos está recriminando, excitando o angustiando de una manera especial con sus propios contenidos. La interpretación que construimos es una resultante de la mezcla de todo esto. Nuestro esquema referencial es nuestro instrumento de trabajo, es un esquema dinámico y plástico en el sentido de que hay que atreverse a rectificarlo o ratificarlo en cada momento y en cada pasaje de la espiral. Ampliamos el conocimiento adquirido a través de la interpretación que acabamos de hacer evaluándola en el nuevo emergente por medio de criterios operacionales para determinar si fu operante o no. Este proceso sucede varias veces durante la hora analítica, cada vez que intervenimos, ahí la teoría y práctica se funden definitivamente en una relación dialéctica en permanente interacción. Es el concepto de praxis.

Otra de las aparentes contradicciones o antinomias que es necesario resolver, además de la antinomia entre teoría y práctica, es la antinomia entre normal y patológico. Aquí la contribución de Freud es fundamental. Básicamente son relaciones de cantidad y aunque ciertas cantidades se transformen en calidades podemos hablar de pasajes cuantitativos de lo normal a lo patológico.

Es fundamental aplicar un principio básico de investigación psicoanalítica, el de la continuidad genética. Es decir que todo fenómeno que se manifiesta hoy tiene su historia en el sujeto que la está manifestando. Por eso entre lo normal y lo patológico las variaciones son predominantemente cuantitativas. Cuando esa variación cuantitativa se estabiliza y en un momento dado se transforma en cualitativa, hacemos entonces diagnósticos diferenciales entre ciertas cantidades que expresadas fenomenológicamente en un momento dado, se transforman en otro momento de calidades diferentes.

Otro sistema de antítesis es el que establece entre conducta y conciencia, como si ambas no formaran una totalidad. Entre conducta y conciencia el aporte fundamental está dado por la psicología de la Gestalt, sobre todo por Kurt Lewin, quien ha trabajado específicamente para demostrar la unidad entre conducta y conciencia.

Otra antítesis es la que se plantea entre consciente e inconsciente. También es clásica la dicotomía entre psiquis y soma. Ya hemos señalado el aporte psicoanalítico formulado en los últimos años con el estudio del fenómeno de la dicotomía entre lo psíquico y lo somático interpretándolo como un mecanismo de defensa. Como si el ser humano en su primera época viviera y se sintiera como una totalidad, y la división entre cuerpo y mente fuera producto secundario, un mecanismo defensivo tendiente a resolver en el área 1 o bien en el área 2 sus conflictos psicológicos. Por un lado puede plantearse la dicotomía entre áreas 1 y 2, en tanto que por el otro se plantea la dicotomía entre el individuo y el área 3. Vemos entonces que las tres áreas están en un permanente interjuego. La división entre áreas 1, 2 y 3 es una división fenoménica en el sentido de que en un momento dado puede producirse predominantemente en el área 1, en el área 2 o en el área 3.

Para que una interpretación sea la mejor posible en el sentido operacional, debe proporcionar al sujeto una visión en totalidad de sí mismo en sus tres campos e incluir elementos interrelacionales entre los objetos colocados en las áreas 1, 2 y 3.

Otra dicotomía que en realidad se estabilizó y dificultó seriamente el progreso de la psicología y de la sociología, fue la división establecida entre individuo y sociedad. La sociedad está adentro y afuera, pero la sociedad que está adentro lo está en una forma particular para cada individuo. Esta es la diferencia que existe entre una concepción dialéctica de la relación entre sociedad e individuo y una relación mecánica entre individuo y sociedad. Podemos tener en cuenta la acción del medio sobre el individuo, así como la acción del individuo sobre el medio y esto en una continua espiral dialéctica.

Con respecto a las dimensiones de la temporalidad podemos ver como en cada acción del sujeto, en cada conducta, en cada cosa que él dice o hace, en cada momento, etc., están incluidos siempre su

pasado, su presente y su futuro. El paciente en su hora de análisis está reproduciendo con nosotros en la situación transferencial una pauta de conducta anterior. La relación que él establece en ese momento con nosotros tiene por supuesto su historia en el individuo, que está tratando de resolver un problema o de elaborar un proyecto para el futuro a través de la repetición. Las direcciones temporales de la interpretación han sufrido modificaciones durante el desarrollo histórico del psicoanálisis. Freud, por ejemplo, utiliza principalmente la investigación histórica; Jung y los psicoanalistas existenciales, en cambio, se orientan sobre todo a la dimensión futura, en tanto que el trabajo en la dimensión presente es producto de la influencia de la psicología de la estructura dirigida en especial por Kurt Lewin, bajo la influencia de la psicología de la Gestalt, de la noción de campo psicológico y de la noción de interacción. El análisis sistemático del emergente nos permite retraducir lo que en ese momento está sucediendo en el paciente. Y a través del análisis del emergente investigamos que es lo que está condicionando la actitud y la conducta del sujeto en ese momento. Si nos referimos a otro momento estamos haciendo historia, estamos haciendo reconstrucción. Por supuesto que esto es muy válido y sirve para fundamentar una teoría de la enfermedad, pero lo que a nosotros nos interesa en este momento es contribuir a la investigación de las motivaciones que dirigen la conducta actual y presente del individuo, y trabajar más en profundidad con una teoría de la conducta. Si tomamos todos los momentos de la investigación podemos reconstruir íntegramente la historia individual del sujeto, pero ya no se trata de un trabajo psicoanalítico clínico sino de un trabajo psicoanalítico aplicado. Es decir, está fuera del contexto directo del paciente. Si actuamos en ese contexto podremos modificar su campo psicológico creando un campo operacional donde nosotros podremos operar en forma activa. La situación transferencial es una situación particular creada en cierta medida por el psicoanalista sobre la base de una disposición del paciente a repetir en las relaciones humanas con los demás determinados patrones de conducta. Nosotros enmarcamos la situación en la relación transferencial y trabajamos en esa dimensión. El psicoanálisis es eso, y todo lo que no es eso deja de ser psicoanálisis clínico; es psicoanálisis aplicado o silvestre o cualquier otra cosa.

La última dicotomía que vamos a considerar es la de constitucional y adquirido. Los médicos y los psiquiatras son los que más han insistido en este asunto de lo constitucional y lo adquirido, lo endógeno y lo exógeno, etc. Todos estos conceptos son herederos de la vieja dicotomía entre individuo y sociedad. Cuando aparece súbitamente un emergente psicótico en un paciente sin que nosotros podamos entender que está sucediendo en su contorno, lo llamamos endógeno. Endógeno es el nombre que le ponemos a nuestra ignorancia. Lo mismo diremos si exageramos el aspecto exógeno y consideramos mecánicamente la acción de determinadas situaciones sociales como responsables de la producción de determinados efectos. Si no tomamos en cuenta el factor interno y la manera en que la realidad es vivida por ese sujeto en particular de acuerdo con su historia personal, estamos ignorando lo fundamental, la reacción particular de ese individuo ante una situación determinada. Es muy interesante observar que detrás de estos conceptos existen ideologías. Una persona que se inclina hacia una actitud constitucionalista tiene una visión particular del mundo, una visión no progresista, reaccionaria y arcaica, mientras que una persona que admite la injerencia o la vigencia de factores adquiridos, de factores actuales, tiene una visión más progresista en el sentido de lo cambiante, actitud que es fundamental tener frente al paciente. En cambio el concepto de constitución crearía en los psiquiatras que apoyan dicha actitud un cambio severo en su propia vida personal, que comienza por estar fijada y estabilizada. Esta ideología es la que ha condicionado en gran medida el tipo de acercamiento al enfermo mental durante los últimos años. Son los conceptos de asilo, de hospitales psiquiátricos con su estructura particular, de consultorios externos con guardapolvo blanco, etc., que a su vez son consecuencias de la

ideología constitucionalista. Lagache expresa que la psicología contemporánea muestra una tendencia neta a tomar como punto de partida la articulación de realidades y no la oposición de los conceptos. El concepto de articulación se empleó mucho en psicología, pero sigue siendo un resto de la vieja dicotomía ya que indica una separación. De modo que hablar de articulación entre las realidades es todavía un concepto mecánico, porque en el concepto de articulación no está incluida la relación dialéctica entre las estructuras, sino que tan solo conforma un pasaje.

El progreso de la psicología médica ha contribuido a poner de relieve la interdependencia entre el organismo y el medio. El concepto de interdependencia y de actividad de intercambio entre los campos es un elemento tendiente a transformar en operacional el concepto de articulación. Surgen así las disciplinas interdisciplinarias que llegan a transformarse en especialidades. El primer país en el que se ha dado de una manera oficial es Yugoslavia, donde existen especialistas coordinadores entre determinados departamentos, entre determinadas estructuras. En los EE.UU. existe una sección interdepartamental o interministerial. En cada departamento o en cada ministerio hay una sección encargada de los enlaces con los otros departamentos o ministerios para cualquier cosa que sea.

Volviendo al campo de la psiquiatría podemos decir que la psicología médica es la que ha contribuido especialmente a poner de relieve este problema de la interdependencia. Así ha llegado a elaborar conceptos que permiten eliminar la dicotomía organismo-situación, integrando las dos nociones en una representación de conjunto. Antes se estudiaban por separado el organismo y la situación, en tanto que actualmente lo que interesa es la interacción entre ambos. Psicología es precisamente esto: el descubrimiento de la interacción. Esta necesidad responde a la noción de campo psicológico y a la de campo de las interacciones del organismo y del medio. Esta teoría del campo fue sistematizada y desarrollada por Kurt Lewin, como ya lo hemos señalado. En ella se enfatiza la idea de que las conductas no dependen solo del organismo y del medio sino de la interacción entre ambos. Las tendencias pueden representarse con vectores que muestran la dirección y la intensidad. El sentido de un gran número de tendencias está dado por el acercamiento, en tanto que el de otras lo está por la huida. Dichas tendencias están representadas en términos de valencias positivas o negativas. Esta psicología topológica y vectorial se presta particularmente bien para el estudio experimental de los conflictos. Es topológica en el sentido del campo y es vectorial en el sentido de la dirección. En la génesis de la personalidad y en el desarrollo de la conducta las relaciones de tipo personal son los factores de mayor importancia. Esta noción de interacción es fundamental ya que individuo y medio están en permanente interacción. Uno no puede representarse una conducta sin establecerla en relación con otro. Pero la conducta en última instancia es comprensible en la medida en que incluimos el mundo interno y los vínculos con los objetos externos.

Podemos decir que no hay situación que no sea situación “para un organismo”, ni un organismo que no esté en situación. La noción de campo psicológico formulada por Kurt Lewin designa la interacción entre organismo y medio como el objeto mismo de la psicología. Podemos entender el desarrollo de la personalidad como un proceso de socialización progresiva. El problema de la representación del otro y de las relaciones con el otro, así como el problema de la comunicación, han llegado a ser los más representativos en la psicología contemporánea. En este sentido Lagache expresa que la psicología se ha hecho más sociológica y que la sociología se ha hecho más psicológica. Esta tendencia está atestiguada por el desarrollo de la psicología social, cuyos objetivos específicos son las interacciones entre los individuos y los grupos.

6 – Vínculo e Identificación Introyectiva y Proyectiva

Las psicoterapias breves tendrán un fundamento o una posibilidad de aplicación en la medida en que utilicen conceptos como el del vínculo, perteneciente al campo psicosocial de las relaciones interpersonales. Estos conceptos que son estructuras nos van a permitir resolver en el paciente sus dificultades de relación interpersonal, es decir, sus dificultades en la comunicación. A través del vínculo se comunica toda la personalidad del sujeto, pero si una personalidad está disociada tiene dos vínculos, dos pautas de conducta. Si describimos esos dos tipos de vínculos, los traemos al campo operacional y trabajamos profundamente con ellos, utilizando sus conocimientos que previamente tenemos de esa estructura, aprovechamos la ciencia de la interpretación y no el arte de interpretar. Es decir, si sabemos a través de una práctica determinada que el vínculo se configura de una manera dada con una importancia particular y que orienta la conducta del paciente, y si sabemos también que es posible que ese paciente o en realidad todos los pacientes tengan cierto grado de división, podemos trabajar tomando en cuenta esos dos patterns de vínculos. Todo depende del contexto social en que el vínculo se está configurando y enriqueciendo. Surge de esta manera la posibilidad de analizar esta situación y traerla directamente al campo transferencial. De esta manera se abre la posibilidad de tratar al sector más difícil de pacientes, las personalidades psicopáticas, los que numéricamente son la mayoría. Es a través de esa situación, de la relación social y del vínculo como se manifiesta la psicopatía. La psicopatía puede ser definida en términos de un vínculo particular con determinados objetos, donde las fantasías inconscientes son actuadas ahí, en ese contexto, sin conciencia por parte del sujeto. Es decir que el psicópata no tiene conciencia de su actuación psicópata porque está comunicándose con proyecciones fundamentalmente establecidas sobre la realidad, lo que determina que su relación sea al “lado” o al “costado” de la misma. La conducta en la situación transferencial es una conducta psicopática en este sentido. El paciente está actuando como un niño o como un bebé, sin tener en ese momento exacta noción de lo que está actuando, haciendo o exigiendo con su analista. Esta es la situación favorable para la operación al estar dentro de la situación. El psicópata estructura un tipo de conducta transferencial en su relación con el mundo, relación que es demasiado rígida y estereotipada porque una vez que ha organizado un tipo de adaptación es muy difícil que la abandone. Esto ocurre porque le ha costado muchos años poder llegar a configurar este tipo de adaptación que le garantiza un tipo particular de relación con el mundo, al mismo tiempo que le permite la no percepción de sus defectos. Entonces la investigación del vínculo como una estructura a realizar en la sesión psicoanalítica tiene una particular importancia en estos casos de trastornos del vínculo de la conducta y de los trastornos en el campo social.

Debemos procurar que el paciente sea lo más explícito posible en el vínculo con el terapeuta, ya que en la medida en que lo implícito se transforma en lo explícito se reduce un margen grande de desadaptación social. Podemos decir que si una persona es capaz de comunicarse con otra en el momento y situación oportunos, o sea en la situación témporo-espacial adecuada, es porque tiene una buena capacidad de adaptación. Pero si comunica es con un trastorno témporo-espacial, es decir fuera o al lado de la situación, está actuando como el analista que interpreta fuera del campo operacional.

Podemos definir al analista silvestre o a nuestra actitud silvestre cuando en un momento dado de nuestro trabajo realizamos una interpretación al lado. O como conducta psicopática en el sentido de que no nos hemos fijado en el emergente del paciente que es la realidad concreta a la que debemos prestar atención y le interpretamos en función de un esquema que tenemos dentro de nuestra mente,

tratando de meterlo dentro del otro de modo que le imponemos nuestra situación. El psicópata es un sujeto que está siempre en una actitud de liderazgo, en una actitud demagógica, “trabajándose” a la gente o controlándola, pero sin tener comunicación directa con el otro. Todo esto es un problema de cantidad, entre una comunicación un poco al lado y una comunicación totalmente al lado. Entonces tenemos los diferentes grados de psicopatía llegando hasta los casos extremos que los psiquiatras clásicos clasifican como conductas inmotivadas. En realidad tales conductas no son inmotivadas, sino inadecuadas, porque no hay nada que no esté motivado en la vida mental.

Los conceptos de rol y vínculo son dos conceptos que se mezclan mucho. Una terapia orientada en este sentido debe estudiar la estructura del vínculo y los diferentes roles del terapeuta y el paciente se adjudican y asumen en esta situación, como repetición de una situación pasada. Esto requiere decir que en la situación del vínculo se incluye siempre el rol. La comprensión del otro en términos de rol nos proporciona una posibilidad para poder entrar en la situación y comprenderla.

Las películas de cowboys en las cuales algunos desempeñan el rol de bueno y otros el de malo nos acerca a la posición esquizoide. La película de cowboys es prototípica en ese sentido, dado que no se concibe sin el par bueno y malo de entrada. En realidad forman grupos. Los buenos y los malos forman bandas. Forman grupos sociales en los que se plantean problemas de liderazgo. De esta manera una película de cowboys puede enseñar psicología social. Se plantean problemas, por ejemplo de agrupamiento, de casuística del grupo, de liderazgo, de agresión, de rivalidad, etc. El agrupamiento es necesario para saber quiénes son los amigos y quienes los enemigos. El problema de la lealtad en el grupo es un problema fundamental de protección del grupo frente a peligros del exterior. La asistencia a una película de cowboys se transforma en un método de aprendizaje. En un cine donde hay chicos viendo este tipo de películas inmediatamente vemos que aquellos se dividen; unos patean, gritan, tiran tiros, etc., en tanto que otros están paralizados. Todos sabemos que el cine es una representación en la que los actores están desempeñando un rol, es decir, todos somos conscientes de que hay una distancia entre la máscara que allí aparece y la persona real. Se trata de personas que tienen la profesión de desempeñar roles para entretener a los demás. Pero aquí surge un problema que es importante, el de la confusión entre la persona real y el rol que ésta desempeña, es decir entre la persona real y la persona que se trata de representar. Si no se produjera este engaño clásico el espectáculo perdería interés. Ya que si se estableciera una situación de discriminación entre el rol y persona se enfriaría el estado emocional y se dificultaría un determinado tipo de identificación, sea con el bueno, sea con el malo. Es importante analizar el problema desde la platea, es decir saber si nosotros como público, ante un determinado espectáculo, estamos dentro o fuera de la situación. Frente a un espectáculo la emoción se produce dentro de uno. Ahora bien, si se produce dentro de uno es porque uno ha trasladado la situación dentro de uno, ha internalizado cierto tipo de vínculo estableciendo un determinado tipo de relación.

Frente a un espectáculo existen dos tipos de identificación que condicionan las dos estructuras básicas. El que actúa como el que está allá en la pantalla ha hecho una identificación introyectiva, él mismo es en ese momento el héroe, el bandido o lo que sea. Y no solamente repite sino que se anticipa actuando como el amigo que avisa al otro que le van a hacer algo, por ejemplo gritando o entrando en acción. Hace entonces una identificación adentro, transformándose parcial o totalmente al identificarse con el otro. Si el espectador fuera al espectáculo vestido, por ejemplo, de cowboy con sus pistolas, podríamos decir que está preparado para absorber la imagen del héroe y empezar él también a los tiros. Podemos decir que está listo para absorber dentro de él el personaje que ve en la pantalla transformándose total o casi totalmente en ese personaje. El movimiento se da desde la pantalla hacia

adentro y después él entra en actuación como si fuera un psicópata. Si viéramos a un niño o aun grupo comportarse de esta manera sin el estímulo de la película, diríamos que es un niño o un grupo loco ya que no observamos su conducta en relación con estímulos reales externos. Ciertas conductas análogas las podemos observar también en los fenómenos colectivos de tipo religioso.

Al salir de un cine después de la presentación de una película de cowboys vemos también a los chicos divididos en dos grupos: unos son los cowboys y otros son los indios. Es decir, han absorbido de tal manera el objeto introyectado que materializan actitudes y conductas. Decimos que en ese caso lo que funciona en ellos es la identificación introyectiva, y como resultado de esa identificación asumen un determinado rol. El rol tiene la característica de ser transitorio, o más o menos transitorio, y de tener una función determinada apareciendo en una situación dada y en cada persona en particular. Cada uno de nosotros tiene la posibilidad de desempeñar diferentes roles. O sea que podemos asumir un determinado rol, aquí como docente, allá como psicoanalista, en casa como padre, o como compañero, etc. De acuerdo con la manera en que enfrentamos determinados contextos concretos tomamos determinadas actitudes que se llaman roles. La asunción de estos roles puede exigir dos tipos de procesos. Por un lado, los podemos asumir consciente y voluntariamente, por el otro, cuando el ambiente o los demás nos adjudican un determinado rol, podemos asumirlo en forma inconsciente. En las relaciones sociales permanentemente se da un intercambio entre la asunción y la adjudicación de un determinado rol. Volviendo a los diferentes roles que los niños pueden asumir en el cine, habíamos señalado que estaban también los chicos que quedaban paralizados. En este caso podemos decir que el niño se inmoviliza por que hace una identificación introyectiva con una imagen débil, indefensa o asustada. Estos chicos que realizan este tipo de identificación introyectiva con un personaje débil presentan una estructura masoquista, porque absorben la persona que está en peligro.

La otra manera de comportarse frente a un espectáculo, que se acerca más a lo que es un comportamiento normal, es la identificación proyectiva. El espectador no tiene el personaje adentro sino que él se coloca en la escena. Es la posibilidad de seguir la acción con una división esquizoide asumiendo los roles afuera, metiéndose en el mundo.

Podemos decir que en la medida en que hacemos una identificación introyectiva experimentamos emociones exageradas: lloramos con facilidad, nos asustamos, sentimos el peligro intensamente, etc. En la identificación introyectiva se produce la asociación con la historia personal de uno que refuerza la situación personal de ese momento. En determinadas clases sociales se considera que la identificación introyectiva aparece con más frecuencia en las personas simples y con escasa inteligencia. La identificación proyectiva es la que a uno le permite seguir el espectáculo permaneciendo como espectador. La distancia entre el personaje y uno mismo es grande, en tanto que en la identificación introyectiva el personaje y uno mismo se confunden. En la identificación proyectiva una parte de uno mismo se mantiene como espectador de la otra parte de uno mismo que se atreve a meterse en el escenario entre los personajes y en la acción. La emoción luego es devuelta cuando yo percibo lo que me está sucediendo allá, en la escena, a través de la identificación proyectiva; entonces me emociono frente al espectáculo mío que está allá. Esto es lo que permite que uno pueda permanecer tranquilo frente a un espectáculo más o menos angustiante y emocionante. Ahora bien, si la identificación proyectiva fracasa tenemos la indiferencia, es decir, la imposibilidad emocional de colocarse allá, que puede deberse a múltiples motivos. Podemos decir que la persona que reacciona con indiferencia es porque ha fracasado en la posibilidad de asumir un rol. Si tiene un bloqueo emocional más o menos crónico, cualquier enfrentamiento que deba hacer con la realidad va a estar viciado por la imposibilidad de colocarse en el otro. Todas nuestras relaciones con los otros están fundamentadas en el interjuego

de asumir y adjudicar roles. Lo mismo sucede en la terapia psicoanalítica. Durante el tratamiento se producen una serie de situaciones en las que el analizado adjudica determinados roles al analista, como el del padre, la madre, el tío, el jefe, el amigo, el enemigo, etc. El vicio principal de la situación analítica y el más grave que un analista puede experimentar es la imposibilidad de asumir el rol que el analizado le adjudica. Porque a través de la asunción del rol el analista puede comprender el tipo de vínculo que su paciente está queriendo estructurar.

Por otro lado el conocimiento científico de la situación del vínculo posibilita predecir lo que va a suceder en la sesión. Todo lo que podamos conocer acerca de lo que está sucediendo se transforma automáticamente en una cosa operacional. O sea que lo esencial de la operación es el esclarecimiento de los roles. Si durante su tarea el analista utiliza la asunción de un determinado rol, el emergente que aparece en él en ese momento le proporciona el conocimiento de lo que está sucediendo entre ambos.

La psicoterapia analítica es aquella que estricta y rígidamente señala el problema sin la actuación, es decir, sólo esclareciendo. Mientras que en la terapia de apoyo o cualquiera de las otras terapias utiliza el conocimiento de la asunción del rol para cumplir la misión que el paciente le está adjudicando, aun en los casos en que el analista asume el rol en forma inconsciente, sin tener un claro conocimiento de ello. En la medida en que el analista desempeña el rol que el paciente le adjudica se cierra un círculo vicioso, ya que el que sigue dirigiendo la situación es el paciente. Si en esa situación el analista es utilizado para desempeñar un rol protector, sea la madre, el padre, etc., solucionando cosas de la realidad, decimos que esto no es una terapia analítica, o por lo menos no es un momento de terapia analítica, sino que es una terapia que aunque sea digna y provechosa en ese momento, es otra cosa. Es una psicoterapia basada en la asunción de un rol y en la conducta del analista como figura ejecutora de ese rol, que ayuda a resolver situaciones de ansiedad en el paciente, especialmente si va acompañada de cierta interpretación. En este caso no se esclarece sino que en cierta medida se repite. Pero esta repetición puede ser beneficiosa porque si la experiencia anterior del paciente con un personaje determinado fue negativa puede ahora, en el presente, rectificarse en la medida en que al haberle adjudicado un rol bueno al psiquiatra, éste con su conducta de buena persona le proporciona una experiencia actual que puede rectificar la situación de frustración anterior. Por eso causa sorpresa observar que un paciente tratado de esta manera puede modificarse considerablemente.

Así se explican varios aspectos de la conducta social en el sentido que todos los días tenemos contacto con personas a quienes les estamos poniendo roles, y evidentemente la realidad va haciéndose más tolerable a medida que encontramos gente que cumple nuestras consignas, que nos frustra menos que las personas de nuestra historia anterior.

Lo que en psicoanálisis se denomina contratransferencia puede comprenderse también a través del concepto de rol. Podemos esclarecer una cantidad de problemas en el sentido de que lo que aparece frente a alguien en un momento dado, es decir, un emergente determinado, está en relación con el hecho de haber asumido o de haber adjudicado un determinado rol. La mayor responsabilidad la tenemos frente a nosotros mismos, ya que debemos descubrir el significado de ese emergente contratransferencial y transmitirlo al paciente en ese sentido. Es decir que si la labor se hace en un sistema de espiral en movimiento continuo, todos los emergentes que aparecen en nosotros están en relación con los emergentes del paciente.

7 – Vínculo y Unidad Dialéctica de Interacción

Nuestro objetivo es hacer del campo operacional del análisis un campo de investigación científica. Queremos acercarnos lo más posible al campo operacional del análisis al campo operacional de la psicología experimental. Uno de los modos de acercamiento al campo psicológico es la observación natural, que tiene la característica de ser una operación no encuadrada previamente sino una observación más o menos libre ante un fenómeno que está sucediendo. En realidad, aun en estos casos el observador tiene un encuadre interno. Uno de los errores que se producen más comúnmente es la observación mediante un esquema previo y rígido de lo que está sucediendo en el campo de observación. En este caso se trata de una especulación, en el sentido de que con experiencias anteriores y sin tener en cuenta realmente el aquí-ahora se construye una teoría acerca del suceder de ese momento. Las interpretaciones son hipótesis de trabajo en función de lo que se observa que está sucediendo en el campo analítico.

La observación natural puede ser intensiva y extensiva, pero en general la observación intensiva ya es una observación clínica en el sentido de que es una observación formulada con un encuadre interno y externo.

Actualmente pueden llevarse a cabo experiencias de psicología experimental o de psiquiatría experimental gracias a la técnica incluida por Kurt Lewin, en la que el objeto de observación en un determinado campo puede ser uno, dos, tres hombres o un grupo determinado. Las distintas maneras de acercarse a un paciente sólo pueden ser comprendidas en términos de vínculo. Para cada persona sometida a una investigación, esa investigación tiene un contexto determinado, pero no sólo el externo, dado por el encuadre de la experiencia actual, sino también el interno, que tiene su propia historia.

En los primeros tiempos de la psicología, cuando aún no se tomaba en cuenta el encuadre interno del investigador, la observación natural fue uno de los métodos más usados. Era una investigación llamada libre que estaba en relación con la actitud del psicólogo, quien actuaba con una libertad particular en su observación, la que a su vez determinaba su actitud frente al trabajo.

Si se realiza un estudio detenido de cualquier tipo de situación se llega a la conclusión de que el observador es siempre participante. Con frecuencia se ha discutido acerca de observadores participantes y no participantes y, en especial, sobre la manera en que participa el observador y cómo modifica el campo de observación. En realidad es completamente distinto que en un campo esté trabajando un observador con características *x*, por ejemplo, que sea un hombre o una mujer, o un japonés o un italiano, o un hombre de ideología de izquierda o de derecha, etc. Esto constituye una plancha de Rorschach para el paciente. Siempre hay que pensar que lo que se presenta al sujeto investigado en el primer acercamiento es como una lámina de un test. Por eso el emergente de esa investigación en ese momento va a tener características particulares de acuerdo con la experiencia de cada uno y con el tipo de personalidad. Esto también ocurre en el observador. Es decir que se crea una situación de interacción entre observador y observado. Las respuestas sucesivas están influidas por el tipo de contacto que el investigador realiza con el otro. Es decir que todo lo debemos considerar en función de la unidad de relación creada entre sujeto y objeto. Entre ambos se crea una situación de comunicación e interacción, verbal o no verbal, que modifica permanentemente el campo de trabajo. Posiblemente el que incluye el elemento más importante es el que investiga, a causa de la actitud que asume frente al paciente. De esta manera se crea entre los dos una situación de contacto.

Por ejemplo, el estudio de la esquizofrenia quedó estancado alrededor del año 1920 porque en la relación entre psiquiatra y paciente o entre esquizofrénico y mundo exterior no se incluyeron los

conceptos de relación de objeto y de vínculo vistos desde afuera. Posteriormente se descubre que en la psicosis el vínculo, aunque está perdido con respecto al afuera, el mundo exterior, predomina en cambio hacia adentro. Solamente con el descubrimiento de la relación de objetos internos y externos en intercambio constante de introyección y proyección y de la existencia de fantasías inconscientes permanentemente incluidas en el proceso de la comunicación, se hace posible un manejo de esa situación por parte del psicólogo. Podemos decir que cuanto más repetitiva es la conducta de un paciente más enfermo está el sujeto, en la medida en que no evoluciona de una pauta de conducta a otra, sino que tiende a repetirse sistemáticamente. Un sujeto puede aprender a manejarse con sus ansiedades y con el mundo a través de una determinada pauta de conducta, que luego repite sistemáticamente. En esto puede consistir la psicopatía. Por eso el tratamiento de los psicópatas antes de la elaboración de estos conceptos de la teoría del vínculo era más difícil de manejar que en el momento actual en que nos manejamos con las relaciones de objeto.

El psicótico o el esquizofrénico eran considerados como personas ausentes del mundo y sin posibilidad de conexión; de ahí provenía la idea de que eran inaccesibles a la terapia psicoanalítica. Se consideraba el rapport del alienado como vacío, sin personajes e incluso sin drama. Entre psiquiatra y paciente existe una relación que podemos representar en forma de una espiral dialéctica permanentemente en acción. El terapeuta actúa sobre el paciente y el paciente actúa sobre el terapeuta. Después de estar una hora juntos ambos sufrirán modificaciones que serán diferentes cuantitativa y cualitativamente. Un análisis detenido de lo que sucede en el campo nos permite llegar a la conclusión de que el observador es siempre y a la vez actuante y operante. Pero sólo es operante conscientemente en el psicoanálisis, cuyo propósito o tarea principal es operar por medio de la interpretación para ir modificando el campo. Aún sin la interpretación el sujeto actúa y opera. Cualquier movimiento, cualquier actitud del analista actúa sobre el inconsciente del paciente y provoca modificaciones en el campo, las que actúan a su vez sobre ellos mismos.

Es interesante analizar la ansiedad que experimentaban años atrás los psicólogos cuando hacían un test. La posibilidad de provocar reacciones en el paciente al movilizar una situación psicótica dada se constituía en el foco principal de su ansiedad. Podemos decir que dichos psicólogos creían en el efecto mágico de la lámina, fuera de Rorschach, del T.A.T., u otras. La ansiedad por no traumatizar al paciente quizás esté basada en la situación contraria, en el gran interés en meterse dentro del otro para poder descubrirlo y controlarlo. En ese caso podemos decir que dos individuos estaban enfrentándose, uno con la finalidad de meterse dentro del otro, de penetrarlo, y el otro con la finalidad de evitar esa penetración. Esto se observa con más frecuencia en sujetos con ansiedades paranoides, ya se trate del paciente o del psicólogo que toma el test. Entre ambos puede crearse una situación en la que compitan en el sentido de la defensa. Cuando el sujeto que va a ser examinado tiene una historia personal en la que se pone de manifiesto un gran deseo de ver dentro de él, lo proyectará en el psicólogo durante la toma del test. Entonces el grado de temor a ser descubierto que experimenta el sujeto que consulta es de tal magnitud que pueden aparecer en él síntomas paranoides, así como fantasías de destruir al observador y la prueba.

Es importante señalar que interpretar tiene una significación diferente para cada uno de nosotros. Esto hace necesario que analicemos las fantasías del analista así como su situación en el campo operacional y sus dificultades en el campo perceptivo. La situación contratransferencial empieza entonces a tener sentido. Aquí podemos describir cómo, en nuestro trabajo, nos sentimos a veces más dispuestos a analizar en un determinado vector que en otro y con un paciente dado. Esto tiene tanta importancia que se hace necesario ampliar progresivamente nuestro campo de observación y de

operación. Existe la posibilidad de formar mejores operadores en el campo del análisis si incluimos el análisis de los vínculos establecidos entre paciente y psicoanalista y viceversa, al mismo tiempo que el análisis del esquema referencial que utilizamos para acercarnos al paciente. La manera de configurar la interpretación, la forma de administrar la interpretación, el momento elegido y, por decirlo así, la pasividad o la violencia con que se administra la interpretación, dependen de la fantasía del acto de analizar que tenga el terapeuta en ese momento. En cierta medida, el analista repite un rol que se le ha adjudicado o que él ahora ha asumido en su infancia o en otro momento de su historia. Cada rol tiene una historia personal. El rol es retomado generalmente en la situación analítica y puede llegar a funcionar con cierta autonomía en la psicosis. En la medida en que un rol anterior superado, reprimido o elaborado de otra manera vuelve a recrearse tomando la actividad central del yo y determinando una conducta en el sujeto que resulte desconocida para él mismo, en ese momento surge la vivencia de enloquecer, hasta que poco a poco el sujeto es invadido totalmente. Adquiere entonces las características de un personaje que ya había desaparecido de la escena anterior del paciente. El que observa ese proceso puede tener frente a ese cambio de rol la vivencia de enloquecer. Es como si surgiera de nuevo aquel personaje que ya había desaparecido del contexto de la vida de ese sujeto, presentándose de golpe como una persona que está actuando y cumpliendo funciones en relación con una edad muy lejana. Podemos decir que hay un retorno de lo reprimido. En realidad el sujeto está administrando un rol y entonces la diferencia entre la edad cronológica y la edad en que se muestra súbitamente durante la crisis hace aparecer esa vivencia como una cosa demoníaca, como una cosa de posesión siniestra. En su estudio sobre lo siniestro Freud vincula la vivencia de lo siniestro frente a la locura como una reaparición, un redescubrimiento o una recreación de una cosa ya superada y olvidada. Representaría la fuerza de los fantasmas, como en el caso de Hamlet, la vuelta del fantasma del padre. El paciente de golpe puede tener la vivencia de lo ya vivido frente a una persona nueva, porque ha colocado en ella un objeto interno, ha establecido un vínculo particular y recreado un rol en ese momento.

Cada uno de nosotros, en nuestra vida diaria, desempeña múltiples maneras de enfrentar los problemas. Los roles que asumimos, y los roles que nos adjudican suelen ser muy contradictorios; de ahí que una persona actúa de diferentes maneras. En el análisis se observa con frecuencia que un paciente se comporta de una manera dada dentro del consultorio y de otra fuera, donde se muestra muy distinto. Esto se debe a que la división de la personalidad es un problema que solo ahora ha entrado francamente dentro de la terapia, y ello solo nos permite explicarnos que un sujeto pueda desempeñar varios roles. Pero es el grado de coherencia entre los diferentes roles lo que nos indicará el grado de madurez. El sujeto más integrado es aquel cuyos roles tienen secuencia y una coherencia interna. Esto se produce cuando ha centrado sus diferentes roles en lo que puede llamarse el núcleo existencial, dándole una coherencia y un sentido a la vida en la medida en que los roles no son tan diferentes. En cambio, cuando la división determina la asunción de roles muy diferentes se dice que la persona tiene múltiples personalidades.

Es importante reubicar el estudio de la personalidad tomando en cuenta sus mecanismos de división, la asunción y adjudicación de roles y la coherencia de los mismos.

8 – Vínculo y Dialéctica del Aprendizaje

La concepción dialéctica nos plantea el hecho de que no existe ninguna contradicción entre una situación cerrada y una situación abierta, dado que se trata de situaciones transitoriamente cerradas y transitoriamente abiertas, o sucesivamente cerradas y abiertas, creándose situaciones en espiral. Precisamente todas las perturbaciones del desarrollo, sean neurosis o las psicosis, se producen por un estancamiento del proceso cerrado. La situación que debería abrirse una vez asimilado el material sigue cerrada al proceso de incorporación de nuevas informaciones. Es decir que en una posición de desarrollo, una situación de comprensión y comunicación puede interrumpirse y un pattern de conducta repetirse frente a estímulos variados. Si esa repetición es sistemática y estereotipada hablamos de personalidades psicopáticas en relación con la conducta, particularmente cuando presentan rigidez y estereotipia. Otro tanto puede decirse de la situación abierta totalmente, provocada por una relación particular con el objeto a conocer. Se trata de una fuga permanente del sujeto que se encuentra constantemente abierto. Es, por ejemplo, el caso del comportamiento maniaco o de la relación maníaca con el objeto, en el que se goza apenas del objeto de conocimiento y se pasa a otro y luego a otro, y así sucesivamente. Es decir que incluimos aquí la concepción de lo cerrado y lo abierto de la espiral dialéctica. En términos de aprendizaje podemos expresar que el proceso terapéutico consiste en abrir el vínculo vicioso y provocar la apertura hacia el mundo exterior.

Cuando la ansiedad básica es la angustia agorafóbica, o sea el temor ante el espacio abierto, el sujeto no adelanta en el conocimiento ni en el aprendizaje, ya que la conducta empleada en forma estereotipada y regresiva le permite obtener solo un equilibrio neurótico, por el hecho de que frente a todos los estímulos responde siempre con una misma pauta de conducta. El neurótico es un especialista en el empleo de una determinada conducta regresiva infantil que le proporciona seguridad en la medida que le permite resolver la angustia de ese nivel infantil evitando el crecimiento. Es decir que nos encontramos con un no desarrollo, con un no crecimiento, con una no maduración, con un no aprendizaje y con una respuesta invariable ante la ansiedad agorafóbica, la cual suele expresarse sea en la mente, sea en el cuerpo o bien en la conducta. El otro tipo de angustia es la claustrofóbica, es decir, el temor de quedar encerrado demasiado tiempo con el objeto de conocimiento. El sujeto tiene la necesidad de pasar de un objeto a otro en forma constante por el hecho de que el acto de conocimiento adquiere una determinada significación para él. Por ejemplo, significación agresiva, destructiva, etc. El objeto de conocimiento de representa para el sujeto la madre, o mejor dicho, el cuerpo de la madre. El impulso de conocer se denomina instinto epistemofílico. La conducta epistemofílica se caracteriza por el deseo de conocer el cuerpo de la madre, su interior y sus contenidos, para discriminar desde allí, sin la angustia de quedar aprisionado dentro del cuerpo, cuánto es para él y cuánto para los otros. Esta sería la fantasía de la investigación, su finalidad fundamental. En este sentido podemos describir la neurosis como un trastorno del aprendizaje, como una determinada conducta que comienza a ser estereotipada y quedar en círculo cerrado.

Si analizamos los dos tipos básicos de pensamiento podemos decir que el pensamiento formal está representado por un círculo vicioso, en tanto que el pensamiento dialéctico incluye el salto y la transformación de un emergente en otro a través de sucesivos pasajes de un círculo cerrado a uno abierto. La situación ideal sería aquella en que el analista interviene en la relación terapéutica, la situación ideal sería aquella que le proporcionara a su paciente una interpretación que le permitiera aumentar la comprensión de la perturbación y del estancamiento en círculo vicioso que experimenta su

pensamiento. Es decir, que le permitiera hacer conscientes los motivos inconscientes que le están ocasionando la dificultad de una situación a otra.

Ahora bien, en una situación contratransferencial particular el analista puede sentir la necesidad de recibir apoyo del paciente. Es una situación de dos, ya que en cierta medida uno y otro son socios que procuran resolver una situación en uno de ellos, situación que, en realidad, ya ha sido previamente vivida por el otro, por el analista. Si no lo ha sido, no cabe duda de que puede perturbarse la relación de conocimiento entre ambos. En cierto momento el paciente nota que el analista tiene una dificultad determinada y puede sentir a través de una respuesta interpretativa la necesidad de actuar a su vez sobre el analista para proseguir la tarea.

La relación entre analista y paciente tiene las características de la relación madre-niño cuando se ha establecido la comunicación. Es decir, que puede expresar su comprensión con un lenguaje completamente privado y tanto más distorsionado cuanto mayor peligro de interrumpirse corre la comunicación. O sea que en vez de accionar con una comprensión y una explicitud mayor frente a un peligro de ruptura, generalmente se reacciona con una inexplicitud y distorsión mayores para preservar una situación que está en peligro. Este proceso de esconder cuando la comunicación está en peligro limita la comprensión para aprovecharla de otra manera, ya que si la entrega y la ruptura son totales, el paciente caerá en una profunda depresión al experimentar la pérdida del objeto.

La comprensión puede hacerse sobre la base de un lenguaje referencia] no distorsionado, que aparentemente no tiene nada que ver. Podemos decir que la distancia entre el lenguaje manifiesto y el lenguaje latente señala los grados de telepatía o de situación telepática, para emplear un término conocido. No son informaciones extrasensoriales como creen los parapsicólogos, sino sensoriales, pero influyen en la percepción elementos que generalmente no se toman en cuenta, como las actitudes corporales, los gestos, los movimientos, etc., que, como ya sabemos, implican estructuras representativas de toda la personalidad. Se logra entonces una percepción en un nivel profundo, muy regresivo, aunque utilizando percepciones en el aquí-ahora con el sujeto que observa.

El psicoanálisis es la transformación de una situación de implicitud en una de explicitud y comunicación. En cada momento lo que está implícito en la comunicación debe ser explicitado por el analista y captado por el paciente en un movimiento de permanente evolución en espiral. La situación analítica se presenta como una situación de permanente aprendizaje para el paciente mediante pruebas, tanteos, confrontaciones, rectificaciones y ratificaciones de todos los procesos que encontramos en el aprendizaje. El analista debe aceptar cualquier cosa que el analizando desee y pueda colocar en él. El paciente adquiere poco la posibilidad de lograr una comunicación mayor. Podríamos definir el progreso en el análisis como el aumento progresivo de la capacidad de hacer llegar los mensajes a un mayor número de personas. El neurótico es una persona que vive una desconexión dentro de su grupo social, pero no porque no quiera comunicarse sino porque experimenta dificultades que no puede resolver. Lo más primitivo y lo más característico del hombre es su imperiosa necesidad de estar en permanente comunicación con las demás personas. Podríamos decir que hasta inventa los para poder comunicarse por la noche, para cubrir su noche y evitar así el sentimiento de estar incomunicado. Necesita crear personajes para poder comunicarse y vivir sus dramas durante noche de una manera más o menos controlada y administrada él. Solamente fracasaría en las pesadillas. Cuando pierde la comunicación con el grupo aparece el sentimiento de soledad y desamparo, todo lo que conocemos como la fenomenología del neurótico, del hombre fuera del mundo, fuera de la realidad. La situación extrema la presenta el esquizofrénico cuyo mensaje es irreconocible, porque por su temor de no ser comprendido aumenta la deformación hasta el grado de llegar a la esquizofasia o ensalada de palabras. Pero si captamos la

secuencia interna de la ensalada de palabras podemos descubrir la motivación profunda que existe en ese lenguaje aparentemente distorsionado, falsamente llamado inmotivado, y comprobaremos que siempre existe una motivación que es el deseo de comunicarse. Este es el aporte fundamental dado por la posición existencial. Nuestra consigna es lograr el mayor esclarecimiento posible en cada momento en términos de comunicación. De esta manera la situación analítica se establece sobre una base existencial en el sentido de que dos personas presentes en un determinado momento y espacio, están tratando de resolver la situación de una, siendo ambas socias en esta operación. La posición del psicoterapeuta es la de recoger el material que observa, elaborarlo, comprenderlo y luego devolverlo en forma de interpretación.

Podemos describir el psicoanálisis como un proceso, como un desarrollo, como una situación viva establecida entre dos personajes: el analista y el paciente, entre los cuales se establece una relación en espiral, una relación dialéctica donde lo que uno siente el otro lo traduce y el otro vuelve a sentirlo y éste lo vuelve a sentir y retraducir bajo la forma de interpretación que se lleva a cabo en función de los emergentes que aparecen en el analista y que éste aprovecha para investigar. El conocimiento en psicología es en última instancia un conocimiento por analogía. Lo que uno capta del otro está en función de una analogía con el otro, porque si aparece como desconocida para mí no lo puedo comprender. En la situación analítica el observador no está aislado de la experimentación, porque todo observador es participante en cierto sentido. Esto nos lleva a la necesidad de acercar lo más posible la situación analítica a la situación experimental. El observador siempre está comprometido con la investigación, cualquiera que sea la naturaleza de ésta, tanto en forma afectiva como ideológica. Los resultados van a afectar a ambos integrantes de la situación, van a modificar su historia personal y su posición en el mundo. De esta manera podemos acercar la psicología experimental a la analítica y la psicología analítica a la experimental. Podemos aplicar a ambas situaciones una cantidad de conocimientos adquiridos en los dos campos. Y hacer que esos campos, aunque tienen diferencias, tengan también analogías. Y que las informaciones de uno puedan ser aprovechadas en el campo del otro, con el cuidado de vigilar la reducción de un campo al otro para que no sea automático sino referencial. O sea que lo que un campo nos dice viene a ser como un contenido manifiesto para el contenido latente del otro, hasta que al acercarse tanto la psicología experimental y la psicología analítica, el lenguaje de uno sea el lenguaje del otro. En psicología y en todo el campo de la ciencia existe una tendencia a resolver viejas dicotomías llegándose a admitir actividades interdisciplinarias y campos intermedios. Podemos decir que nada está separado y que todo se encuentra en interacción. El campo de la ciencia es un campo total, con subdivisiones dinámicas y pasajes de un campo a otro en forma permanente.

Durante el proceso analítico lo fundamental es la situación de interacción permanente, hable o no el analista. Todo ejerce una acción sobre el otro, referencia e histórica. En el aquí-ahora la interacción representa una cosa concreta, una actitud de uno frente a otro, donde la respuesta de uno condiciona la respuesta en el otro.

El psicoanalista puede experimentar una neurosis en el campo de la operación, o bien una neurosis en el campo de la formulación interna (descubrimiento) de la interpretación, o una neurosis en el campo de la formulación externa o verbalización de la interpretación. Es decir que la neurosis se manifiesta a través de dificultades en la comprensión del otro o en la explicitación al otro de sus contenidos internos.

La psicología de la Gestalt ha señalado que la percepción es un acto de conducta. La percepción y la acción no pueden ser separadas, constituyen una totalidad en permanente estructuración.

9 – Vínculo e Interpretación

La psicología introspectiva tiene en cuenta fundamentalmente el emergente interno del observador, que expresa una relación o vínculo particular con un objeto interno, el cual puede estar más o menos estimulado por la situación externa en el campo terapéutico pero sin tenerla mayormente en cuenta. En este caso la interpretación está construida básicamente desde la situación interna del observador. Mientras se preste especial atención al vínculo interno nos encontramos en el campo de la psicología introspectiva. En este tipo de análisis la interpretación es un emergente principalmente interno, una interpretación de análisis aplicado o, como se la llama también, una interpretación silvestre. Esto sucede porque sólo tiene en cuenta el emergente interno, desprovisto o casi desprovisto de los elementos externos, es decir de las valoraciones cualitativas y cuantitativas de la realidad. A mayor cantidad de indicios obtenidos en el campo operacional, mayor posibilidad de hacer una operación en el sentido funcional de la palabra, es decir, desde un punto de vista puramente operacional, con una interpretación que ha sido construida con elementos obtenidos en el campo de trabajo, (que ha pasado a través de la mente del analista y que es enunciada luego en términos de una hipótesis acerca de lo que sucede en ese momento dentro del campo de trabajo. En el lado opuesto tenemos la psicología del conductismo, que tiene en cuenta exclusivamente los aspectos exteriores de la conducta en el campo de trabajo. Podemos decir que todas las psicologías, con excepción de la psicoanalítica, permanecen en el campo de la observación y de la comprensión. Ninguna de ellas es operacional intencionalmente, es decir, no devuelve lo observado mediante una interpretación, la que crea una situación en espiral dialéctica. El análisis fenomenológico es también un análisis en el cual el observador comprende el del otro, pero no devuelve al objeto de su investigación la comprensión vivencial que ha obtenido de él. Si la devuelve se crea una situación psicoterápica, es decir, una situación operacional. Si se tiene en cuenta solamente el aspecto vivencial inmediato, nos hallamos en el contexto de la psicoterapia existencial o fenomenológica. Si apuntamos a los contenidos latentes de esa situación, entramos dentro de la psicología psicoanalítica. La operación psicoanalítica consta de un momento fenomenológico, y cuanto mejor hecho esté, mejor se construirá la interpretación. Ahora lo que se devuelve al paciente como interpretación es una hipótesis de lo que hay detrás de la apariencia fenoménica, referida en términos de contenidos latentes. Esta es la característica de la psicología analítica.

La psicología criptográfica es la captación de lo que hay de proceso de secreto, de lo que está oculto detrás de la apariencia fenoménica. El análisis fenomenológico o la psicoterapia existencial llega a un nivel de comprensión del suceder del existente en ese momento en términos de lo que está sucediendo en el aquí-ahora conmigo. Pero en términos de comprensión no pasa de ser una explicación. La interpretación fenomenológica o existencial se refiere al suceder inmediato, es decir al contenido manifiesto de lo que el sujeto está queriendo decir.

Una psicoterapia psicoanalítica, para que sea bien realizada y cumpla los requisitos del método científico, debe estar precedida de un momento fenomenológico o sea del momento en que se toma el existente: este es un momento en el que hacemos una reducción fenomenológica, lo aislamos del resto del material existencial y construimos una hipótesis del suceder inconsciente de ese momento.

En cada momento y situación de la espiral podemos hablar de un momento fenomenológico existencial. El método principal que utilizamos es la observación. La observación en el campo operacional es el método universal de la psicología, es el momento empírico, existencial y dinámico. El aquí-ahora conmigo es en realidad un aquí-ahora conmigo en apariencia, que representa en realidad un aquí-ahora

conmigo en la cosa subyacente. En psicoanálisis el contenido manifiesto es un contenido referencial, de ahí que podamos hablar de una fenomenología o de un análisis existencial de los referentes (así se llama en filosofía). Ese contenido es el contenido latente de los referentes constituidos por la fantasía inconsciente de ese momento.

El método psicoanalítico utiliza la observación racional y la asociación libre, el dejarse ir de la fantasía, ambas incluidas en una actividad particular que se llama imaginación creadora o recreadora. La categoría de ese proceso mental aquí, en el campo de trabajo, tiene las características de una síntesis entre lo racional y lo irracional, tal como se concibe en psicología. Durante el trabajo práctico se utiliza una actividad que, partiendo de referentes determinados, construye en cada momento, con ese proceso de la imaginación creadora, una hipótesis del suceder latente de ese momento.

El existente tiene una estructura, una forma, una configuración, es una Gestalt, en realidad una Gestaltum, es decir, un continuo proceso de formarse una Gestalt o estructura. No sólo el existente es una Gestalt, sino que también lo es el emergente, que resulta luego de la interpretación adecuada. El emergente que se configura en el aquí-ahora constituye lo que en términos de Gestalt podemos llamar figura. Fondo y figura son las dos divisiones que se encuentran en cada estructura. Lo que aparece en primer plano es para nosotros un proceso que tiene una determinación interna. Cuando se colocan juntos paciente y analista en un campo de trabajo, lo que resulta es una Gestalt de los dos, que es el emergente de ambos, porque lo que aparece en ese momento en el paciente está condicionado también por la actitud del analista, por su modo de ser, por la habitación donde trabaja, por su interpretación anterior, etc. O sea que dentro de la concepción de la Gestalt incluimos la concepción del emergente dinámico. Continuamente se organizan estructuras, los emergentes, que son los existentes de cada momento, a los cuales enfrentamos con una nueva interpretación. Es decir que esa situación de dos que están trabajando permanentemente para modificar una determinada estructura configura un proceso vivo y permanente en acción de espiral dialéctica.

Al salir de la sesión el analizando inicia un movimiento introspectivo, en el sentido de que internaliza al analista y comienza un diálogo interno con él. Se establece un vínculo interno con el analista que dura mucho más que la hora estricta de análisis clínico. Allí se configura la situación del autoanálisis. Es decir, heteroanálisis y autoanálisis son dos procesos que alternan permanentemente y que pueden coexistir en el momento mismo de la sesión analítica.

En las personas con divisiones profundas de la personalidad, como sucede en las personalidades histéricas en las que hay una personalidad de fondo esquizoide, las divisiones pueden ser manejadas en términos de representaciones de distintos roles. Allí puede existir la doble situación de que una parte se esté analizando en el vector heteroanálisis y por otra parte esté controlando la situación del analista dentro de él en una situación de autoanálisis. Los momentos de silencio son momentos de autoanálisis. Esto es importante en la práctica porque si sabemos que todo silencio es un momento de autoanálisis sabemos que la estructura de ese campo operacional está constituida por el yo del paciente y por un objeto internalizado dentro de él. Surge entonces un diálogo que a veces llega a hacerse explícito, configurándose cuadros delirantes de tipo paranoide. El paciente puede hallarse frente al analista y estar musitando algo, conversando una parte de él con el objeto interno analista, al mismo tiempo que otra parte está estableciendo una comunicación o tratando de establecer una comunicación con el analista. Otra situación puede ser la del autoanálisis que a veces llega a configurar una situación delirante. Por ejemplo, después de haber salido de una sesión el paciente internaliza al analista o parte de él y luego lo externaliza súbitamente en una circunstancia particular creando una situación delirante. El paciente comienza a adjudicar a los otros, al prójimo en general, las intencionalidades del objeto interno analista

introyectado y luego re proyectado afuera. No solamente puede reaccionar con un ataque brusco o una entrega brusca, trátase de un objeto malo o de uno bueno, sino que cuando el vínculo y el diálogo interno que ha establecido dentro de él han adquirido gran intensidad, el paciente, una vez que lo ha proyectado fuera de él, comienza a oír voces. Esas voces que oye fuera son el restablecimiento del diálogo externo anterior que pasó por un momento de diálogo interno y que luego es colocado de nuevo afuera. El paciente siente en ese momento que le adivinan el pensamiento, que le dirigen el pensamiento, siente el eco de su pensamiento y experimenta el sentimiento de influencia de que lo dirigen y manejan. El delirio de influencia es el cuadro que se produce más típicamente. Un vínculo interno muy dialogado puede llegar casi hasta la alucinación. Siente a veces que lo que él piensa o sus palabras ya están desprovistas de cierta mismidad, él ya no es él. Siente una cosa extraña y desde el momento en que siente extraña esa cosa interna, el vínculo es experimentado como una seudoalucinación. Si esta situación es muy angustiada la coloca definitivamente afuera y desde allí, en el escenario del afuera, vive la situación psicótica.

Lo mismo sucede, por ejemplo, si la pérdida o la frustración sentida en la sesión de análisis es muy intensa y la hostilidad que despierta en él es marcada; en ese caso puede salir de la sesión con una depresión por tener la vivencia interna de haber destruido y muerto el objeto interno analista con el cual mantenía el vínculo interno. El trabajo central de su autoanálisis se encamina entonces a recrear ese objeto con una serie de técnicas, o bien se centra en la negación de la situación de duelo o de pérdida hasta su reingreso en la próxima sesión de análisis. Al reencontrarse con el analista a veces experimenta una situación de pánico o próxima al pánico, al encontrarlo en las mismas condiciones en que lo había dejado antes de salir de la sesión anterior: el paciente teme tener la vivencia de un fantasma, de un reaparecido, experimenta la vivencia de lo siniestro. Puede producirse aquí una situación de shock y una reacción particular que a veces trae como consecuencia una despersonalización o un estado confusional. Freud utilizó como esquema referencial Un esquema neuropsicológico. El hecho de carecer de una formación psiquiátrica adecuada determinó seguramente que eligiera la histeria como cuadro psicopatológico central de sus investigaciones. En cambio Bleuler, con una formación psiquiátrica muy fuerte, toma como centro de sus investigaciones la esquizofrenia. Lo mismo sucede con Jung, quien tiene una buena formación psiquiátrica Y una buena capacidad de captación del contenido inconsciente del delirio. Pero Jung se dirige directamente a los arquetipos y construye fuera del campo de observación, aunque utilizando el material que le proporcionan algunos esquizofrénicos, un esquema, podríamos decir, no psiquiátrico sino más bien antropológico, religioso o mitológico, razón por la cual se va separando progresivamente de Freud hasta construir una teoría sobre los arquetipos del inconsciente colectivo. Podemos decir que ha tomado del esquizofrénico una serie de informaciones que luego utiliza en los análisis aplicados y que desde esa dimensión comienza a comprender los fenómenos de la mitología, del arte, de la religión, etc. Jung, como psiquiatra, tenía su fuente principal de información en los pacientes internados en las salas psiquiátricas, a diferencia de Freud cuyas fuentes de información provenían de los pacientes de su consultorio particular. Adler, por otra parte, es la persona que más trabaja con un esquema rígido. Para él el emergente no tiene importancia ya que, cualquiera que sea, lo relaciona con uno de los vectores básicos de su esquema referencial. En general no estudia la relación transferencial y menos aún la contratransferencial. La interpretación “adleriana” está dirigida principalmente hacia el futuro.

El proceso de aprendizaje debe comprenderse como un sistema de cierre y apertura que funciona dialécticamente. Se cierra en determinado momento y luego se abre para volver a cerrarse

posteriormente. Si el pensamiento queda demasiado tiempo cerrado en una determinada estructura, se estereotipa y se hace formal.

El psicoanálisis debe desprenderse de la posición en círculo cerrado en que se encuentra en la actualidad, ya que, desde hace algún tiempo, viene repitiendo lo mismo. En este momento está tan lleno de cosas que resulta asfixiante porque no es más que un cúmulo de datos a los que les falta una concepción general, una concepción del hombre y una concepción del universo en relación con el análisis. Es imposible aceptar que los sistemas filosóficos o las cosmovisiones que se construyen en la filosofía actual no incluyan en su estudio la dimensión del inconsciente.

Uno de los vectores de interpretación es el análisis de la situación triangular. Es un escenario que está adentro y que luego empieza a poner afuera, en el cual existen tres personajes principales. La situación analítica es una situación de dos pero objetivo básico es descubrir el tercero. Ver dónde está situado y qué funciones tiene. Cada cosa que un paciente hace conmigo debemos tratar de entenderla para descubrir en qué sentido está tratando conmigo de defenderse del otro, de escaparse del otro, o bien de seducirme para estar en contra del otro. El análisis empieza de esta manera a dramatizarse centrándose en la situación triangular, es decir, en el complejo de Edipo. El análisis de la situación transferencial debe incluir al tercero generalmente excluido de la interpretación. O sea que en el fondo es la búsqueda sistemática del tercero y la investigación de la manera en que está actuando en el aquí-ahora conmigo en la situación analítica. Debemos tener siempre presente que lo que se piensa, se quiere o se odia, etc., no es nunca una relación de dos sino, siempre, de tres. De modo que tenemos que revisar todo el contenido de la patología mental en los términos de la situación de tres.

10 – Esquema Conceptual Referencial y Operativo (E.C.R.O.)

Vamos a tratar de desarrollar con más claridad el esquema del esquema con que trabajamos. La palabra esquema tiene una mala connotación, la de ser rígida. Esquematizar viene de fijar. El esquema es producto de una abstracción, implica el esqueleto de un conocimiento o de un pattern de conducta cualquiera. Cuando ese esquema está mal usado puede transformarse en una cosa rígida. Kant desarrolló el concepto primitivo de esquema hace más de 150 años, pero lamentablemente no pudo resolver la antinomia entre lo a priori y lo a posteriori, por haber paralizado la dialéctica en ese punto. Años más tarde, Hegel retoma el concepto de Kant y si bien tiene un pensamiento dialéctico, le falta la noción de esquema considerada como una estructura en continuo movimiento, como una Gestalt en evolución. Cuando nos acercamos a un paciente lo hacemos con un esquema referencial mediante el cual tratamos de entender qué es lo que le sucede, pero ese esquema debe ser dinámico. Por ejemplo, si hemos visto un paciente el día anterior tenemos un esquema de dicho paciente, y en la medida en que lo enfrentamos de nuevo al día siguiente tratamos de comprender el material que nos proporciona en función de ese esquema. Pero si lo que surge en el nuevo emergente nos lleva a pensar algo nuevo acerca de nuestro esquema estamos obligados a rectificarlo, en caso de que sea necesario. Esto plantea la idea de la honestidad científica o del coraje científico del terapeuta, la necesidad de romper una estructura interna y de enfrentarse con una nueva. La ruptura del esquema provoca ansiedad porque la pérdida de ciertos puntos referenciales desinstrumenta al terapeuta en su operatividad y facilita la aparición de ansiedades depresivas y paranoides, tanto en el terapeuta como en el paciente. Para poder trabajar de un modo operacional el psicoanalista no sólo utiliza su esquema sino también los sentidos. En cambio, por regla general, el aprendiz de psicoanalista sólo utiliza esquemas sin emplear sus sentidos.

Cuando el analista trabaja con un esquema referencial no realizado por él y en la medida en que no lo conoce bien, experimenta dificultades en la tarea. La manera de conocerlo es realizar un trabajo permanente de hetero y autoanálisis. Mientras está analizando a otro debe tener la noción de que también él se está analizando y que está utilizando instrumentos, sus objetos internos y sus propias fantasías, que no son del otro sino de él mismo. El aprendizaje del psicoanálisis es como el aprendizaje de cualquier oficio, al cual el aprendiz se acerca haciendo uso de un esquema referencial. Por ejemplo, la primera concepción de Freud en psicoanálisis fue la etiológica traumática de las neurosis, desarrollada antes de 1900. Esto es lo que planteó la película *“Cuéntame tu vida”*, que causó gran efecto porque desarrollaba el esquema referencial psicoanalítico de recordar y hacer consciente un acontecimiento traumático para poder lograr la curación.

La interpretación es el instrumento mediante el cual realizamos la operación en la mente del otro para esclarecer algo tanto a él como a nosotros. En la interpretación podemos describir tres procesos que están permanentemente en acción:

- 1°) Esclarecernos nosotros acerca de lo que le pasa al otro;
- 2°) Formular la interpretación que posibilita al otro el esclarecimiento acerca de sí mismo;
- 3°) Esclarecer lo que pasa entre el otro y uno mismo, sea desde adentro hacia afuera, sea desde afuera hacia adentro.

El carácter angustioso de la labor analítica disminuye en la medida en que se adquiere conciencia del proceso en sí, ya que uno puede poner en movimiento una serie de fuerzas y prever reacciones. El psicoanálisis deja de ser una técnica mágica para convertirse con una técnica científica en la medida en que, como ya dijimos, pueden preverse situaciones en el campo operacional. Por eso el campo del

trabajo analítico se ha acercado en los últimos tiempos al campo de la psicología experimental, donde no sólo observamos con la finalidad de consignar, registrar y relacionar hechos, sino que también operamos en el campo de trabajo con la finalidad de provocar una modificación que volvemos a tomar para operar sobre ella, y así sucesivamente.

Desde el punto de vista fenoménico podemos describir tres modos de ser: un modo de ser mental, un modo de ser corporal y un modo de ser en la conducta exterior en relación con el mundo. Es decir, 1 es la mente, 2 es el cuerpo y 3 es el mundo exterior.

Siguiendo nuestra línea actual de trabajo, o sea en términos de relaciones de objeto y de vínculo, y considerando que la situación esquizoide es la situación básica de la relación transferencial, para interpretar tenemos que ver en cada momento dónde está situado el objeto bueno y dónde el objeto malo. Una buena interpretación debe incluir el objeto bueno, que puede estar en la mente, en el cuerpo o en el mundo, así como el objeto malo; que a su vez puede estar en alguna de las tres áreas o en las tres. La misión del analista es como la de un detective que busca dónde están situados los procesos, en qué campo se hallan, pero considerados siempre en términos de tres objetos, dado que aunque son dos objetos aparentemente, son tres en realidad porque el modelo básico relacional universal es la situación triangular.

Esto quiere decir entonces que el cuerpo funciona como una dimensión de la mente, un sitio donde pueden estar ubicados los objetos internos, con los que pueden establecerse vínculos internos en el espacio correspondiente a un órgano determinado. Podemos pensar que toda la medicina psicosomática, y en especial las llamadas organoneurosis, constituye situaciones donde previamente se ha establecido una relación con un objeto a través de un órgano. Supongamos el estómago, que es el órgano más común, que la relación madre-niño se realiza intensamente a través del aparato gastrointestinal. El niño reacciona a diferentes afectos con vómitos, diarrea, constipación, dolores, etc. Entonces ese vínculo que comenzó siendo externo con la madre se internaliza y ese vínculo interno es el que es reactivado posteriormente por circunstancias externas, el que pone en movimiento un viejo sistema de reacción. La noción de la división mente/cuerpo es de origen cultural. Dividir el cuerpo y la mente como si fuesen dos sacos donde colocar los objetos para evitar que se junten es uno de los mecanismos de defensa más primitivos. El niño inicialmente concibe su cuerpo y su mente como una unidad no diferenciada. Poco a poco los va diferenciando, principalmente como un producto de la educación, así como va diferenciando su relación con el mundo exterior. La situación hipocondríaca es la ubicación de un objeto en el cuerpo. La hipocondría fue una de las enfermedades descritas más precozmente en la antigüedad por el hecho de que se consideraba al cuerpo como una dimensión separada de la mente. Tal concepción del cuerpo era compartida por médicos y pacientes. En la hipocondría el objeto malo está dentro del cuerpo, en tanto, que el objeto bueno está en la mente o fuera, en el mundo exterior. Por eso el hipocondríaco se queja del cuerpo, se siente perseguido desde adentro. Si el órgano reacciona ante el perseguidor colocado en él sus funciones propias tenemos el síntoma de conversión histérica, secundaria a la hipocondría. Si se estructura la personalidad alrededor del mecanismo de la conversión sobre un órgano interno tenemos una organoneurosis, cuyo significado es el de una relación interna con un objeto interno colocado en dicho órgano, que tiene una historia determinada y un proceso determinado. En el análisis esa situación se coloca sobre el terapeuta y el trabajo analítico, o sea: el objetivo con el cual se desarrolla el interjuego analítico es el órgano mismo. El paciente trae su estómago, o su intestino, o cualquier órgano, ahí mismo, al campo operacional. Ahí es donde tenemos que discriminar. Con nuestra ayuda aprende a reconocer la naturaleza arcaica e infantil de esa situación interna y el carácter ficticio de la situación externa. Según esta línea de pensamiento el

paranoico sería un hipocondríaco que está en vías de curación, ya que coloca el objeto malo fuera para intentar controlarlo mejor. Podemos decir entonces que un hipocondríaco necesita pasar por un período de paranoia para curarse. Entonces se vuelve irritable, perseguido desde afuera y omnipotente desde adentro porque se ha identificado con su objeto bueno.

Es necesario no cometer el error de establecer separaciones formales entre el cuerpo, la mente y el mundo exterior. Con respecto al mundo exterior, éste está representado internamente como microcosmos, en tanto que afuera lo está por el macrocosmos. Si detenemos existencialmente a una persona podemos decir que en ese momento hay mente, cuerpo y mundo externo, pero en cuanto esa persona se mueve se transforma en una totalidad significativa. Por consiguiente, aunque hablamos de tres dimensiones de la persona solo hay una dimensión: la humana.

Podemos decir que dentro de la mente está incluida la dimensión representación del cuerpo o esquema corporal. Muchos de nuestros órganos tienen una representación mental que todavía no sabemos exactamente cuál es. Resulta más fácil descubrir la representación de los órganos en el sueño porque allí la deformación es menor. Por ejemplo, una persona que sueña que corre en un corredor o en una especie de laberinto está representando su conflicto intestinal. En el hipocondríaco son muy frecuentes estos sueños de laberintos. En realidad es la persecución que experimenta por el objeto interno dentro del intestino, con sus conflictos y sus ansiedades, buscando una salida determinada. La mente está representada, por ejemplo, por la azotea, el techo, etc., en tanto que la casa representa la totalidad de la persona y cada parte, la de arriba o la de abajo, representa lo inferior o lo superior. Lo de arriba y lo de abajo como conceptos espaciales fenoménicos productos de una abstracción en un determinado momento, son útiles como vectores de trabajo. Por ello decimos que no hay ninguna contradicción entre la fenomenología y el psicoanálisis. Son momentos de un trabajo operacional que están integrados en una concepción general.

Podemos considerar nuestro esquema como un esquema que va integrándose permanentemente con elementos nuevos. El investigador en el campo científico debe estar capacitado para no ser víctima de su ideología o de sus pensamientos previos para poder corregir su esquema referencial. Es en realidad una posición frente a la línea del conocimiento de un empirismo psíquico, en el sentido de que debe observar la experiencia real y concreta, confrontarla con su esquema referencial para saber de qué clase de fenómeno se trata y, finalmente, rectificar su esquema previo, pero con vistas a enriquecerlo y no, lo que sería un error, porque sea malo o bueno. Incluir conceptos morales en el esquema referencial científico es un criterio que se opone a la evolución del conocimiento. Es negativo excluir, por ejemplo, la investigación de la sexualidad, la agresividad o los prejuicios, porque se los considere inmorales.

La noción de tiempo y espacio fue una noción cultural hasta que Einstein señaló la imposibilidad de separar ambos conceptos. Todos sabemos de su carácter unitario, su carácter de estructura gúestáltica tiempo-espacio. No se puede dividir tiempo y espacio ya que el tiempo es una cuarta dimensión en el sentido de que es la duración de una cosa determinada. No se puede concebir ningún fenómeno que no incluya tiempo y espacio juntos, ya que nada está detenido ni nada está fijo; se trata siempre de una totalidad en movimiento. Toda estructura está en permanente transformación, y el concepto de transformación incluye la noción de tiempo. No hay ninguna cosa que esté absolutamente fija; se impone, por lo tanto, considerar siempre los dos aspectos. En el momento en que detenemos un fenómeno la dimensión espacial se hace tridimensional y en cuanto nos descuidamos hacemos la dicotomía tiempo-espacio. Durante el proceso analítico tenemos que pensar siempre en la relación entre cuerpo, espacio, tiempo y ubicación de los objetos. Siempre operamos en un campo móvil donde el

tiempo y el espacio están modificándose constantemente. Por ello decimos que toda buena interpretación debe estar precedida de una buena investigación. La división entre la investigación y la operación, resultante de la aplicación práctica de una determinada teoría, implica una postura de “comodidad” para el investigador.

Volviendo al hipocondríaco podemos decir que la noción de límite se transforma en un punto importante, porque el hipocondríaco pierde nociones de su límite, su envoltura empieza a desplazarse a ciertos niveles internos. Para el hipocondríaco hepático, que tiene en su hígado su campo de batalla, podemos decir que se ha acercado tanto al mundo que su límite con él no está en la totalidad de la persona sino directamente en ese punto de contacto, es decir, en su hígado. O sea que hay una alteración profunda de su contorno, de su límite. El niño va adquiriendo la noción de límite con el mundo a través del contorno de su cuerpo y con el límite de las cosas que va tocando. Digamos que el modelo de experimentador es el niño. Por un proceso permanente de tanteo, de prueba y error, va conociendo al mundo de una manera empírica y se va guiando por un esquema referencial que empieza a funcionar desde afuera, que al principio es la madre que se va metiendo dentro de él y que después es otro. O sea que si analizamos el esquema referencial vamos a encontrar que tiene sobre todo un origen materno y que los primeros contactos con el pecho de la madre son los que dan la noción de dos. Por un lado hay una boca hambrienta y un estómago que está doliendo de hambre, y por el otro una fuente de gratificación, el pecho. Esa noción de límite se va elaborando como una situación espacial y temporal, en el sentido de que en el espacio son dos los que tienen una relación en el tiempo de lactancia, el tiempo presente en que toma el pecho. O sea que el límite que tiene el niño está condicionado por situaciones de contacto, y ese límite puede ser transitorio o permanente, bueno o malo.

En determinados pacientes puede producirse una pérdida de los límites. Este fenómeno se llama transitivismo en psiquiatría. Quiere decir que las cosas de uno pasan a los otros y las cosas de los otros pasan a uno. Hay un tránsito permanente entre la mente de uno mismo y la mente de los otros en virtud de una pérdida de la noción de límite, de una regresión del yo a una etapa donde el límite no funcionaba todavía o funcionaba mal. Podemos decir que la noción de límite existe ya desde el nacimiento, porque los movimientos fetales y toda la actividad fetal dan una noción del límite interno. A esto es a lo que yo llamo protoesquema corporal, es decir, el esquema corporal del feto, el cual se condiciona toda la reacción del feto en relación con este esquema, que tiene una fórmula circular. La posición del feto dentro del vientre materno hace que configure: un protoesquema corporal con un límite circular. Esto se observa regresivamente en los catatónicos que se colocan en una forma circular también, es decir, vuelven a una actitud fetal característica. La noción de límite se elabora precozmente, en el momento mismo en que se produce el primer movimiento. Al producirse el primer movimiento hay un obstáculo y ese primer obstáculo inicia el proceso de límite, de configuración del contorno o envoltura. El primer conocimiento que el niño adquiere es el de su cuerpo. En realidad cuerpo y mundo son conocidos al mismo tiempo. El conocimiento del tiempo y del espacio se realiza también simultáneamente. Por ejemplo, el conocimiento del tiempo de y el del espacio que lo separa del otro cuerpo, del pecho de la madre, que puede ser bueno o malo, gratificante o frustrante, determina la génesis del primer modelo mental que elabora el niño y mediante el cual realizará sus próximos contactos con el mundo en el tiempo y en el espacio.

El conocimiento se caracteriza por poseer un campo determinado donde se realiza el acto de conocer con la inclusión un sujeto que quiere conocer y un objeto que va a ser conocido. A veces el objeto no quiere dejarse conocer; es lo que sucede, por ejemplo, con un analizando. Por eso hablamos de un campo de trabajo y de la noción de un obstáculo incluido en la teoría del conocimiento. A ese obstáculo

se lo llama obstáculo epistemológico. La epistemología es la teoría del conocer o del saber. Siempre hay un obstáculo para conocer y el conocer es el vencimiento de ese obstáculo. Siempre se conoce contra algo, contra ese objeto al que hay que romper, desarmar y luego volver a armar. Por ello existe una contradicción entre análisis y síntesis, dado que la síntesis sólo es posible posteriormente a la ruptura de la estructura que se quiere conocer. Pero no son momentos separados sino que se van produciendo al mismo tiempo. Análisis y síntesis configuran una estructuración, una Gestalt. La teoría de la Gestalt ha traído aportes considerables a la psicología, al psicoanálisis y a la teoría del conocimiento. El pensar envuelve siempre una lucha, una polémica durante la cual surgen en el pensador objeciones que lo enriquecen y que desplazan su contenido.

Nuestro esquema referencial del esquema referencial es conceptual. Es referencial en el sentido de que lo utilizamos para discriminar sobre algo en relación con el esquema anterior al mismo tiempo que sobre el propio esquema referencial. Debemos discriminar siempre sobre el objeto de conocimiento y sobre el esquema de conocimiento previo con el cual hemos considerado este conocimiento, o sea el conocimiento actual. Sería el proceso permanente de la mente sobre cualquier problema. Podemos decir que el esquema primero es conceptual, es decir que incluye todos los conceptos que se tienen en una estructura que posee un aspecto consciente y un aspecto inconsciente, que se va modificando con el transcurso del tiempo y con el andar de los conocimientos y de la experiencia. Debemos unir la teoría del conocimiento con una posición dialéctica en el sentido de que lo que es tomado en un momento dado por alguien que tiene una experiencia previa, va a modificar dicha experiencia y a integrarse luego de tal modo que en la siguiente experiencia, la experiencia anterior es enriquecedora de la experiencia posterior.

Todos los sistemas se dividen en sistemas abiertos y cerrados. Un sistema cerrado es, por ejemplo, la neurosis. Si un sujeto enfoca su vida siempre en función de la repetición de una misma actitud debemos hablar de un sistema cerrado. Pero si el sujeto salta de una actitud a otra e integra la realidad y enriquece su pensar y su acción, en este caso es un sistema abierto. No hay contradicción entre lo cerrado y lo abierto, son tan sólo dos momentos necesarios para proseguir el proceso dialéctico. Un momento de cierto cierre es necesario para la asimilación y un momento de apertura es necesario para la inclusión de nuevas experiencias que van a enriquecerse en el momento en que se produzca el cierre y así sucesivamente. Un ejemplo clínico es el maníaco, que nunca alcanza a cerrar su conocimiento durante un tiempo suficientemente prolongado como para integrar los conocimientos que adquiere, en tanto que el opuesto, el de un cierre permanente, está dado por el epiléptico con las características de viscosidad y perseveración que lo mantienen por un largo período en un sistema cerrado. El sistema cerrado del epiléptico puede funcionar a gran presión y en un determinado momento provocar un estallido, el cual puede dar lugar a una creación de determinado tipo provocando una salida genial. Pero se queda encerrado entonces no es nada más que un epiléptico.

11 – Vínculo y Teoría de las Tres D (Depositante, Depositario y Depositado) Rol y Status

La idea de rol está invadiendo el campo de la psicología, así como el campo operacional del análisis, transformándose en un vector de interpretación. Si el analizando adjudica un rol al analista y el analista se hace cargo de ese rol, en ese momento se produce un fenómeno fundamental, la base más importante de la situación analítica: la comunicación. Cuando el analista no acepta el rol adjudicado por el paciente falla la comunicación. Como dijimos, generalmente es el analista el que no acepta el juego adjudicado por el paciente, dándose esto sobre todo cuando el adjudicado por el paciente al analista hombre es un rol femenino, o en caso de tratarse de un analista femenino, cuando la adjudicación es de un rol masculino. Es decir, la inversión del sexo en la adjudicación del rol suele producir un fenómeno contratransferencial negativo, provocando el rechazo por parte del analista de entrar en ese juego relacional. Por ejemplo, un paciente muy angustiado puede plantear desde la primera sesión su necesidad de protección y amparo, y puede adjudicar al analista, ya sea hombre o mujer, un rol maternal. En caso de sentirse rechazado la situación le resulta sumamente frustrante, porque implica la repetición de una situación primitiva importante en su vida como lo es la relación madre-niño. Si la situación infantil no ha sido superada el paciente procederá por tanteo durante las sesiones. Hay un tipo particular de desconfianza que podemos llamar la desconfianza del depositante. El paciente se pregunta a sí mismo si el analista aceptará lo que quiere depositarle. La actitud del terapeuta debe ser entonces la de un depositario desaprensivo, con poca ansiedad y capaz de aceptar en depósito cualquier cosa que el paciente quiera colocarle, sea buena o mala, materna o paterna, femenina o masculina, etc. Podemos decir que la fantasía última de lo que es la psicoterapia es la posibilidad de depositar confianza en el otro. Y ese depositar confianza tiene su expresión concreta en la vida mental del paciente a través de la depositación de determinados contenidos psicológicos.

Un paciente puede depositar o intentar depositar en el analista, por ejemplo, o bien, fantasías criminosas, o bien sus partes buenas, o bien lo mejor de él, para que el analista las cuide. Toda actividad mental del paciente está dedicada a establecer una comunicación, sea cual fuere. Para establecer la comunicación necesita depositar parte de él en el otro. La labor del analista reside en captar la comunicación, hacerse cargo de ella y trabajar con ella como un riel. El riel del trabajo psicoterapéutico es básicamente el establecido en esa primera comunicación. Para eso el analista debe colocarse de una manera particular, como un recipiente abierto a cualquiera o para cualquier cosa, dispuesto a controlar y cuidar lo depositado en él. Pero este recibir no es un proceso mecánico sino un hacerse cargo de lo depositado en él. El primer contacto que el terapeuta establece con su paciente va a quedar como muestra de contactos posteriores. En general podemos decir que la ruptura en la comunicación se produce por la ansiedad del analista, ya que el analizando busca permanentemente la comunicación, incluso en los cuadros psicóticos más graves. Esto lo observamos hasta en el esquema más arcaico del conocimiento psiquiátrico que es el descrito en la esquizofrenia. El esquizofrénico es considerado como una persona desconectada de la realidad, que vive en un mundo autístico y que rechaza todo contacto. Este es el esquema referencial que tienen los psiquiatras que no han aceptado la comunicación. La descripción que existe en los libros de psiquiatría referente a la esquizofrenia es la de un cuadro psicótico que aparece después del fracaso de las primeras tentativas de comunicación. Podemos decir que si estos psiquiatras no han aceptado la comunicación es porque no han aceptado sus propias ansiedades psicóticas. El temor de las cosas tomadas del paciente o las propias colocadas en el enfermo con la

finalidad de establecer un vínculo con él, y en la medida en que se produce un entrecruzamiento entre ambos, es lo que hace que el psiquiatra tema quedar encerrado en la locura del paciente y contaminarse con ella.

Los cuadros psiquiátricos que existen en los libros son cuadros construidos arbitrariamente a partir de observaciones parciales que no reflejan en nada la realidad existencial del paciente esquizofrénico. Podemos decir que hasta en los cuadros catatónicos más severos los pacientes buscan un tipo particular de contacto con el mundo exterior. Si observamos un paciente catatónico descubrimos que siempre tiene algún movimiento, siempre presenta alguna estereotipia, o sea que establece un lenguaje, una comunicación a través de un movimiento con las manos, o con los dedos, etc. Ha instalado allí su aparato de transmisión y desde allí, con su alfabeto Morse privado, está enviando una comunicación al psiquiatra. La dificultad reside en que el psiquiatra pueda comprender ese mensaje y pueda dar una significación total a esa expresión aparentemente parcial. Todo el psiquismo y toda la personalidad del paciente se expresa a través de esos pequeños gestos que tienen una significación simbólica total. Insisto en este punto porque la idea que se tenía antes del simbolismo era una idea equivocada, en el sentido de que el simbolismo tenía una función parcial. Es decir que una conducta particular, una actitud simbólica particular representa la totalidad de la vida mental del paciente, reflejada en una pequeña conducta, como por ejemplo en el movimiento de los dedos, mediante un proceso de intensa condensación sobre esa situación. Lo que él está expresando a través de ese gesto expresa toda su vida mental. Para nosotros esos pequeños mensajes establecidos tienen una significación total. Podemos decir que el paciente repite permanentemente frente a todas las personas que se hallan a su alrededor su famosa estereotipia, como buscando a alguien que sea capaz de comprender la significación del mensaje. Así se organiza un pattern de conducta que representa toda su vida mental. Si yo, el terapeuta, puedo captar ese mensaje, comprenderlo e interpretarlo en la situación transferencial, en el aquí-ahora, aunque esa estereotipia funcione desde hace, digamos, veinte años, en el momento en que el paciente se acerca a mí y la repite estando yo incluido en ella, el mensaje debe ser interpretado en el aquí-ahora conmigo. O sea que es toda una técnica de tanteo de la realidad y una búsqueda de relaciones. Este vector de interpretación que es la comunicación es la que ha hecho más accesible la terapia a los pacientes psicóticos y más soportable la situación psicoterápica con los pacientes esquizofrénicos, especialmente para las personas que tienen una formación analítica. Este es precisamente uno de los factores que más estimula a los psiquiatras jóvenes a buscar una formación psicoanalítica, al enterarse del carácter significativo que tienen aún los más pequeños síntomas que expresan un psicótico. El descubrimiento de que todo es significativo es lo que determina el interés del psiquiatra joven por los pacientes psicóticos. Podemos decir que es imposible analizar a un paciente psicótico sin conocer esta regla primordial del juego psicoterápico.

El rol es entonces una función particular que el paciente intenta hacer llegar al otro. En la vida de relación siempre asumimos roles y adjudicamos roles a los demás. En condiciones normales cada uno de nosotros debe asumir poder varios roles al mismo tiempo. Por ejemplo, uno tiene el rol de alumno en el curso, de padre de familia en la casa, de médico en el consultorio, de amigo en las relaciones sociales, etc. Se establece un interjuego permanente entre el asumir y el adjudicar. Todas las relaciones interpersonales en un grupo social, en una familia, etc., están regidas por un interjuego permanente de roles asumidos y adjudicados. Esto crea precisamente la coherencia entre el grupo y los vínculos dentro de dicho grupo.

La teoría de los roles se basa en la teoría de las relaciones de objeto. Las relaciones de objeto son estructuras en las cuales están incluidos un sujeto y un objeto estableciéndose una relación particular

entre ellos. A ese conjunto, a esa estructura especial la llamamos vínculo. El concepto de vínculo es operacional, configura una estructura de relación interpersonal que incluye, como ya dijimos, un sujeto, un objeto, la relación del sujeto frente al objeto y la relación del objeto frente al sujeto, cumpliendo ambos una función determinada. Por ello, a la idea de un rol individual tenemos que agregarle el concepto del rol del vínculo configurando una estructura social más integrada. Por ejemplo, un grupo de expresión, como se dice en sociología, es un grupo encargado de mover una determinada ideología; agrupa individuos que establecen identificaciones mutuas entrecruzadas constituyendo un vínculo estrecho en función de una ideología determinada. Ese vínculo es ideológico y condiciona en ellos la existencia de una estructura como una totalidad que empieza a funcionar como un grupo con una ideología dada y una operatividad determinada, estableciendo vínculos con otros grupos sociales. De modo que podemos hablar de vínculos individuales y de vínculos grupales. Por ejemplo una familia, la familia de los Gómez, establece un vínculo con la familia de los Pérez. O un grupo de expresión de determinada tendencia ideológica establece un contacto con un grupo de otra tendencia ideológica o política, etc., de modo que el primer grupo puede comenzar a crear un determinado vínculo, sea de sometimiento, o de dependencia, etc., con el segundo grupo. Pasamos entonces del vínculo individual al vínculo grupal. El vínculo grupal puede extenderse hasta abarcar toda una nación, de modo que el infragrupo de una nación, estructurado en función de un vínculo particular de otro país, determina características particulares entre las dos naciones. El vínculo grupal de una nación con otra puede sufrir exactamente las mismas vicisitudes que el vínculo individual establecido entre dos personas. Las frustraciones o agresiones de un grupo o nación pueden desencadenar frustraciones o agresiones en el otro grupo o nación. Estos grupos vinculados de una manera particular suelen tender también a tener un determinado rol, o sea que determinados grupos tienen vínculos y roles particulares. El concepto de que empezamos a conocer individualmente puede ser extendido a los grupos. Entre la asunción de un determinado rol y la adjudicación de un rol a otro existe siempre un interjuego en forma permanente. Y aquí nos encontramos con el concepto de espiral. En la medida en que uno adjudica y el otro recibe se establece entre ambos una relación que denominamos vínculo. Este tiende a desarrollarse dialécticamente llegando a una síntesis de los dos roles, que son los que dan las características comportamiento tanto del individuo como del grupo considerado.

La psicología social norteamericana desarrollada principalmente por Herbert Mead es la que ha contribuido más al conocimiento del rol. Mead explica muchos aspectos de la vida social, en especial todo lo que se relaciona con el vínculo social y las relaciones interpersonales, por medio del estudio del rol.

Según este autor, en la mente de cada uno de nosotros no sólo asumimos nuestro rol sino también los roles de los demás. Tenemos entonces una doble representación de lo que está sucediendo: una afuera y otra adentro. Cada uno de nosotros tiene un mundo interno poblado de representaciones de objetos en el que cada uno está cumpliendo un rol, una función determinada, y esto es precisamente lo que hace posible la predicción de la conducta de los demás. La característica fundamental de la inteligencia humana es la de poder prever una situación determinada sobre la base de procesos de identificación con los objetos y la de poder asumir internamente esos roles sin necesidad de expresarlos externamente. La teoría de Mead es uno de los aportes más importantes a la teoría del vínculo, a la teoría de las relaciones de objeto y a la teoría del rol. La teoría de la de objeto del psicoanálisis es pobre al lado de la teoría del vínculo. La teoría de la relación de objeto sólo tiene una dirección, mientras que la teoría del vínculo señala relaciones múltiples, es un desarrollo psicosocial de las relaciones de objetos que hace comprensible la vida en grupo. Podemos decir que una psicoterapia de grupo que no incluya

el vector de interpretación del rol es inoperante. Porque lo concreto en todo caso es señalamiento del común denominador de los roles que se están jugando o asumiendo dentro del grupo por parte de cada uno de los miembros. O sea que cada integrante del grupo tiene una función y una categoría determinadas.

La función, el rol y la categoría del nivel de esa función configuran el status. Se llama status social al nivel del rol en términos de alto y bajo; por eso se habla de un status alto y de un status bajo. El status tiene que ver con el prestigio. Los conceptos de rol y de status están estrechamente relacionados. Podemos decir que el aspecto cualitativo representa el rol y el aspecto cuantitativo representa el status. Los integrantes de un grupo son considerados como estructuras que funcionan en un determinado nivel con determinadas características. El nivel es el status y las características están dadas por el rol.

Hemos dicho anteriormente que el vínculo es una estructura y que la comunicación se establece dentro de esa estructura. Para que se establezca una buena comunicación entre dos sujetos, ambos deben asumir el rol que el otro le adjudica. En caso contrario, si uno de ellos no asume el rol que el otro le adjudica se produce un malentendido entre ambos y se dificulta la comunicación. Cuando uno de los dos no acusa el impacto del otro, es decir, no asume el rol adjudicado o, en especial, no se informa de la adjudicación, se produce la indiferencia y en ese caso la comunicación se interrumpe. Generalmente el terapeuta debe desempeñar frente a su paciente el rol de buen depositario, capaz de cuidar cualquier cosa, buena o mala, que deposite sobre él. Cuando en cierto momento el analista no resiste el monto de ansiedad que le provoca la depositación masiva de objetos persecutorios por parte del paciente, éste descubre la resistencia del terapeuta ante la depositación, surgiendo en él la necesidad de buscar un sustituto en un hombre de la calle en quien le sea posible depositar sus objetos internos buenos o perseguidores. Podemos decir que la liberación del analista depositario de la ansiedad del paciente está dada por el hecho de que el terapeuta devuelve ese contenido al paciente por intermedio de las interpretaciones, esclareciendo la situación permanentemente. La actitud esclarecedora del psicoanálisis reside en que esclarece los contenidos latentes del vínculo establecido entre paciente y terapeuta, donde el tránsito de cosas buenas y malas es permanente hasta que en un momento dado el paciente diferencia sus propias cosas buenas y malas de las cosas buenas y malas del analista, llegando al descubrimiento final de cómo son en realidad el analista y él. El paciente está dividido, asiste como espectador y al mismo tiempo es actor. En términos de roles podemos expresar que el insight está determinado por la toma de conciencia de ese doble juego de roles, el que está asumiendo y el que está adjudicando al otro. Esta división funciona en él de una manera irracional e inconsciente. Es lo que se observa con toda claridad en los pacientes psicóticos, que a medida que van mejorando, reducen progresivamente la división de su yo o self hasta que llega un momento en que se integra el yo del paciente y éste comienza a jugar un único rol en cada momento. En la posición esquizoide se observa cómo el paciente representa dos roles simultáneamente; se habla entonces de bivalencia en la medida en que hay dos objetos. En cambio, en la posición depresiva el paciente, aunque se halla frente a un solo objeto, tiene una relación ambivalente. A medida que el paciente se acerca a la normalidad va integrando su personalidad y va haciéndose cargo de un solo rol en cada situación y momento particular, si bien puede desempeñar varios roles en distintas situaciones. Una persona normal es, pues, la que mantiene un determinado rol en una determinada situación y no está dividida rechazando por un lado y asumiendo por otro.

La teoría de la comunicación nos ofrece la ventaja de que no nos obliga a juzgar si una conducta es buena o mala: en todo momento observamos simplemente cuál es la finalidad de la comunicación, conscientes de que lo que el paciente está haciendo es lo único que puede hacer en ese momento y en

esa situación particular. Siempre tenemos la hipótesis de que un paciente trata de comunicarse de algún modo. Esto es lo que cambia totalmente nuestra concepción, por ejemplo, del esquizofrénico autista. Antes se pensaba que el esquizofrénico hacía enormes esfuerzos para no comunicarse; sin embargo, de acuerdo con la teoría de la comunicación podemos afirmar que el esquizofrénico autista siempre está haciendo un esfuerzo para comunicarse. El paciente no puede comunicarse en forma directa a causa de la gran ansiedad que experimenta, razón por la cual distorsiona el proceso de comunicación, pero eso no significa que su finalidad última no sea la de intentar comunicarse con el otro. Si el esquizofrénico se comunicara en forma directa experimentaría una ansiedad de tal magnitud que no la podría tolerar. En esos términos podemos comprender que la locura es la distorsión de la comunicación con el propósito de comunicarse, a pesar de todas las dificultades que el enfermo experimenta, ya que la comunicación directa es vivida con el peligro de su interrupción. El paciente teme que no se lo acepte en una situación de comunicación directa, o que se rompa la comunicación, o atacar y destruir el objeto y, en consecuencia, perderlo e interrumpir la relación con él. El esquizofrénico puede entonces iniciar teóricamente un largo relato o un largo monólogo o un diálogo incoherente con la finalidad aparente de tomar distancia. La ensalada de palabras aparece generalmente en situaciones de gran ansiedad. Es una defensa aguda que puede llegar a hacerse crónica. No es tan infrecuente encontrarse con pacientes esquizofásicos que pueden llegar a hablar casi normalmente con otros pacientes menos esquizofrénicos o no esquizofrénicos pero sí psicóticos. Es decir que en el grupo social del hospital el esquizofásico es esquizofásico principalmente con el psiquiatra, en tanto que es capaz de emplear un lenguaje casi directo y casi normal con un paciente internado y psicótico. La toma de distancia es entonces una conducta defensiva sea para evitar la frustración de perder la comunicación, sea por el peligro de destruir al objeto y quedarse desamparado, o bien por el temor de ser atrapado por el objeto en una situación paranoide y ser él el que resulte destruido, etcétera.

12 – Vínculo y Terapia Psicoanalítica

El automatismo de repetición, que Freud denomina compulsión de repetición, puede entenderse ahora en el campo del aprendizaje como la dificultad para realizar un progreso en el desarrollo del conocimiento, motivada por ansiedades específicas tanto en el adentro como en el afuera. Porque una presión excesiva de ansiedades claustrofóbicas en círculo cerrado mueve a un aparente salto en el aprendizaje, pero en este caso debemos pensar que es un salto a oscuras hacia adelante, mientras que el libre juego del vencimiento de las ansiedades claustrofóbicas y agorafóbicas caracteriza al progreso real del aprendizaje. Es decir que cuando el aprendizaje en vez de saltar de una situación a otra dialécticamente se estanca en círculo cerrado, el proceso del aprendizaje se detiene. Entonces el análisis debe centrarse en esta dificultad, la que mantiene la situación repetitiva del círculo vicioso donde el sujeto debe enfrentarse con las ansiedades claustrofóbicas paranoides y depresivas, y en las ansiedades agorafóbicas experimentadas en el espacio abierto enfrentando otro tipo de ansiedades depresivas y paranoides. Es decir que cuando el sujeto que se mueve dentro de un círculo vicioso con ansiedades claustrofóbicas salta hacia adelante, se encuentra con las ansiedades agorafóbicas. Por ello dijimos que para dar un paso adelante es necesario abandonar las relaciones objetales anteriores, romper un vínculo interno de tipo arcaico primitivo y atreverse a enfrentar el espacio abierto, agorafóbico, con el perseguidor allí ubicado. Todo estancamiento es en definitiva una situación repetitiva para controlar la ansiedad y un equilibrio relativo entre la situación agorafóbica del afuera.

Es necesario tener en cuenta que existe toda una patología del aprendizaje que debemos considerar en la persona que aprende, o que está en terapia psicoanalítica con el propósito de curar su neurosis y aprender un oficio. El aprendizaje debe ser incluido siempre en el campo de trabajo, dado que corre peligro de encontrarse limitado, y una vez que el paciente abandona su terapia se configura una nueva situación repetitiva en círculo vicioso y se crea una situación tal de monotonía y aislamiento progresivo en el proceso de aprendizaje que éste, al quedar encerrado en un círculo vicioso, acaba por empobrecerse y limitarse.

Es importante estudiar, en relación con el aprendizaje, la diferencia que existe entre el paciente común y el que está sometido a un análisis terapéutico o a un análisis didáctico. Podemos señalar que es tanto más grave y más angustiante para el sujeto que aprende cuando la naturaleza del campo de aprendizaje y la naturaleza del oficio que está aprendiendo son coincidentes, como sucede en este caso, en que el oficio de psicoanalista coincide con el campo de aprendizaje de la terapia analítica. Esto se debe a que el aprendiz de psicoanalista tiene que darse cuenta de que toda interpretación en el otro está determinada siempre por un conocimiento previo de sí mismo, siendo tanto más operacional la interpretación cuanto más espontáneamente acepte el analista su emergente interno para interpretar. El autoanálisis del analista se organiza automáticamente con la labor de la interpretación. No es una parte, no es una construcción intelectual en el sentido de una teoría aprendida, sino que es el emergente que ha surgido espontáneamente en el analista y que debe ser aceptado en ese momento como el vector más importante de interpretación. El trabajo analítico debe ser lo más espontáneo posible, y la construcción de hipótesis a través de este tipo de fantasías constituye la labor fundamental del terapeuta. El trabajo analítico se realiza sobre la base de la construcción de fantasías acerca del acontecer psíquico del otro. El conocimiento psicológico se basa fundamentalmente en el conocimiento por analogía. El descubrimiento de la configuración del otro sobre la base de la analogía con uno mismo aumenta la ansiedad. Si uno analiza a un psicótico y lo interpreta y le interpreta, en el momento de la

interpretación ha asimilado la situación psicótica con la propia y para poder meterse dentro del otro ha tenido que admitir ansiedades semejantes en él mismo; caso contrario su experiencia personal no podrá servirle para el conocimiento del otro. Es decir que el analista debe admitir en él la presencia de ansiedades psicóticas análogas a las del paciente.

La angustia es un problema fundamental en psicoanálisis y debe ser interpretada como una señal de alarma. El hombre vive dos clases de peligros: uno se vincula con la pérdida de objetos de amor y está en relación con la libido, el otro se vincula con la muerte o destrucción del yo y está en relación con la agresión. Cuando una persona se analiza, se expone a romper el círculo vicioso y a enfrentarse con los dos tipos de ansiedades básicas. La ansiedad depresiva está en relación con la pérdida de objetos infantiles, hecho que acontece durante el proceso del desarrollo de la personalidad. El paciente tiene que abandonar su primitivo objeto de pecho de la madre o a la madre como un todo en el momento en que da un paso adelante y se independiza. La ansiedad está entonces ligada a una pérdida del objeto de amor, y ésta fue la primera ansiedad descubierta por Freud. Por eso cuando nos encontramos frente a la expresión de angustia debemos pensar en cuál es su contenido fundamental, si la pérdida de un objeto amado o el peligro de destrucción del yo.

Podemos decir que la actitud ideal del analista en el proceso de aprendizaje que lleva a cabo durante la terapia es darle una mano al paciente por medio de la comunicación. El terapeuta advierte en cada momento lo que está sucediendo dentro de él en la medida en que recibe los mensajes transmitidos por el paciente, pero además de devolverle esa información debe interpretar su dificultad para progresar, para evolucionar. Esta última finalidad puede ser vivida por el paciente como el deseo del analista de hacerlo adulto de una vez por todas. Pueden entonces aparecer reacciones de cólera, de fastidio y fantasías de destrucción del terapeuta como consecuencia de esa sensación de obligarlo a alejarse de él, motivo éste que puede ser una nueva razón para experimentar una angustia de tipo depresivo. El paciente puede experimentar por un lado amor hacia el terapeuta, en el sentido de que siente que éste le da una mano a través de la comunicación, pero al mismo tiempo puede experimentar odio contra él al sentir que lo empuja y lo larga hacia adelante o afuera. Otro tipo de ansiedad que se da también en el campo del aprendizaje es la situación triangular que se crea durante la terapia, en la cual el paciente se encuentra con un personaje al que debe enfrentar y con el que debe conectarse y dialogar, objeto que en ocasiones puede ser el padre, la madre, el marido, la esposa, etc., que se transforman en el objeto mismo del conocimiento. Ese objeto tiene que ser destruido, reconstruido y recreado en función de una labor de análisis y de síntesis dialécticamente resuelta en lo que constituye el objeto mismo de conocimiento. La labor que el terapeuta realiza mediante la interpretación puede ser vivida en nuestro inconsciente como cuando, de niños, desarmábamos una maquinaria o rompíamos un juguete y después teníamos que armarlos. Pero armarlos de otra manera, con una Gestalt diferente, aunque con los mismos elementos. Un buen analista sería aquel que no busca en sí mismo la pieza que falta, sino que trata de resolver con lo que tiene, por un camino diferente, la situación del paciente. Es decir, debe amiar una nueva Gestalt que resuelva los problemas del aprendizaje.

Uno de los factores básicos de la ansiedad del conocimiento es el temor psicológico a quedar encerrado, el temor claustrofóbico, o sea a quedarse metido dentro del objeto de conocimiento sin poder salir de él. Si el paciente es un psicótico esa es la ansiedad básica ante el aprendizaje que experimenta el psiquiatra, quien teme quedar encerrado dentro de la locura de su paciente, contaminarse con ella, hacer una locura de a dos, dado que en la medida en que más entiende a un psicótico se ha acercado más a su propia ansiedad psicótica, siendo su miedo fundamental el de quedarse mezclado o confundido con el otro. El proceso de comprensión está basado en el de la reintroyección del objeto dentro del cual

uno se ha metido previamente con la finalidad de conocerlo. Podemos decir que este proceso de reintroyección llega en ocasiones a ser tan peligroso que el proceso de conocimiento puede quedar paralizado cuando se teme que dicho objeto de conocimientos sea un peligro para el sujeto. Como mecanismo defensivo pueden producirse divisiones en el sujeto con la finalidad de poder asimilar cierto tipo de conocimiento sin que contamine o dañe el resto de su personalidad; en estos casos decimos que se aprende de memoria. Esto es factible mediante el mecanismo de división al que recurre el sujeto, que de esta manera puede guardar dentro de una parte de sí mismo y separada del resto de su personalidad, cierta cantidad de conocimientos sin correr el riesgo de que contaminen a los restantes. Es decir, se ha producido una división esquizoide en el terapeuta.

Al analizar el problema de la angustia tenemos que relacionarlo con los conceptos de tiempo y espacio. La angustia depresiva está ligada principalmente al tiempo, al tiempo de espera para poder obtener algo; en tanto que la angustia paranoide es una angustia predominantemente espacial en la medida en que está ligada sobre todo con el lugar donde está ubicado el perseguidor, es decir en el área 1, 2 o 3. Pero en las dos angustias están presentes ambas dimensiones, porque la angustia depresiva también está ligada al espacio en la medida en que el objeto bueno puede estar alejado del sujeto y serle inaccesible y lo mismo con la angustia paranoide ya que la proximidad temporal obispo peligroso puede aumentar la angustia persecutoria. De modo que podemos decir que existen alteraciones de los vínculos, tanto de los internos como de los externos, en relación con el tiempo y el espacio, pero siempre predominando una u otra de las dos dimensiones. O sea que la consideración del vínculo debe ser hecha siempre en un contexto cuatridimensional.

El fenómeno de la sugestión debe comprenderse sobre la base de un proceso de identificación introyectiva, en la medida en que el paciente asimila aspectos del terapeuta que utiliza para, corregir su pattern de conducta de una manera ciega sin recurrir al esclarecimiento. Cumple una orden emanada del analista (que él introyecta y luego asimila), con quien dialoga y conversa, pero, que en el momento en que va a actuar deja de ser una heterosugestión para transformarse en una autosugestión.

El psicoanalista es para el paciente una especie de plancha de test proyectivo. Varía según que, cuando entra a la sesión, lo encuentre vestido de una manera particular, esté afeitado o no, etcétera. El primer emergente espontáneo que surge de la sesión debe ser tomado en la interpretación y ese emergente puede ser tanto algo verbal como algo corporal expresado por el paciente a través de su cuerpo, de su expresión o de cualquier actitud que exprese en ese momento. Todo esto tiene una particular significación en ese contexto analítico. Esta posición de encuentro es lo que determina la apertura de la sesión psicoanalítica y configura muchos aspectos de la Gestalt sesión.

Con respecto a las características de la interpretación hemos señalado que la interpretación ideal es aquella que partiendo del análisis de la relación presente en el aquí-ahora conmigo se extiende al análisis de las relaciones que se establecieron antes con otros personajes, para finalmente terminar en cómo será en el futuro la relación del sujeto con otros objetos. Como sabemos. Freud trabajó fundamentalmente en la dimensión del pasado, en tanto que el análisis existencial lo hizo en la dimensión del futuro, en el proyecto o en la fantasía consciente o inconsciente que el sujeto tiene de su devenir. Tomas French y Franz Alexander consideraron en forma sistemática el análisis del trastorno del aprendizaje. Ellos plantearon la neurosis como una dificultad o una inhibición del aprendizaje. Kurt Lewin, de la escuela inglesa, sobre todo a través de Richman, Stracher y Ezriel. Este último transformó el análisis del aquí-ahora en una tarea sistemática e imprimió al método un carácter cada vez más a-histórico al considerar el material del aquí-ahora en su particular significación presente. A esto le agrega el análisis de las dificultades del aprendizaje que el paciente repite en la situación transferencial. Las

que pueden ser resueltas a través de su relación con el terapeuta. A nosotros, como psicoanalistas dinámicos, lo que más nos interesa es saber de qué manera el vínculo externo está configurado o pre configurado por una relación histórica del vínculo interno. Lo que al psicoanalista le interesa fundamentalmente es el análisis de las fantasías subyacentes al material manifiesto. O sea captar en cada momento el contenido subyacente o fantasía inconsciente que está actuando en esa estructura incluida como una determinada ideología.

Durante todo el curso hemos desarrollado una hipótesis fundamental: es necesario que el analista tenga conciencia de que trabaja constantemente con un esquema referencial. Este esquema tiene un carácter instrumental y se lo debe confrontar permanentemente en el campo operacional, donde tiene que ser rectificado o ratificado. Este esquema referencial debe ser analizado como un todo, como una Gestalt en función que tiene una historia personal en cuanto a los conocimientos y fantasías, que influyen sobre la manera de interpretar del terapeuta. En todo momento se debe analizar la fantasía del analista que tiene el analista. En general podemos decir que muchos analistas trabajan sin tener una teoría clara de la enfermedad y de la curación, lo que determina que recojan los indicios sin un esquema referencial definido, creando una mezcla de esquemas referenciales diversos provenientes de Freud, Klein, Sullivan, Horney, Rank, Adler, etc., sin que estén integrados ni dinámicamente ni históricamente. Es fundamental incitar al análisis de las cosmovisiones como tentativas de crear una mente analítica, mejor dicho con un mínimo de mente analítica capaz de trabajar con un común denominador aceptable para los demás. Podemos decir que muchos de los defectos del trabajo psicoanalítico radican en que el analista no tiene en mente una teoría del psicoanálisis coherente que funcione como un todo. Debemos crear un encuadre analítico de la investigación. Podemos afirmar que el común denominador consiste en considerar el material bajo dos aspectos: una superestructura o contenido manifiesto y una infraestructura o contenido latente. Debemos analizar la acción y la interacción de uno sobre el otro y la existencia fenomenológica de una infraestructura y de una superestructura. El contenido latente y el contenido manifiesto son dos capas que actúan una sobre otra creando una forma, un esquema referencial general y básico como punto de partida. Se nos plantea el problema de repensar el psicoanálisis, volverlo a pensar y situarlo de nuevo históricamente en el aquí-ahora. Tenemos que tratar de estudiar todo el proceso analítico como el desarrollo de una serie de espirales en las que se elaboran determinadas complicaciones que, una vez resueltas, determinan una disminución de la angustia, una comunicación más franca y directa, un progreso en el aprendizaje y una mejor adaptación a la realidad.

| Índice | Página |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Introducción | 1 |
| 1 - Consideraciones generales acerca del vínculo | 8 |
| 2 - Patología del vínculo | 15 |
| 3 - Vínculo, comunicación y lenguaje | 21 |
| 4- Vínculo racional e irracional | 26 |
| 5 - Vínculo, campos de interacción y de conducta | 28 |
| 6 - Vínculo e identificación introyectiva y proyectiva | 33 |
| 7 - Vínculo y unidad dialéctica de interacción | 37 |
| 8 – Vínculo y dialéctica del aprendizaje | 40 |
| 9 – Vínculo e interpretación | 43 |
| 10 - Esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) | 47 |
| 11 - Vínculo y teoría de las tres D (Depositante, Depositario y Depositado), Rol y Status | 52 |
| 12 – Vínculo y terapia analítica | 57 |