

Criterios de progreso de un paciente durante el análisis ⁽¹⁾

H. A. Thorner

(Londres)

La apreciación del progreso en el curso del análisis presenta dificultades reales. Un cambio en los síntomas o en las quejas del paciente no es un indicio satisfactorio del progreso del mismo. Sabemos que pretendidas mejorías rápidas pueden verse seguidas por recaídas o aún empeoramientos momentáneos. Dadas estas dificultades, parece deseable formular ciertos criterios sobre los cuales fundamentar el juicio sobre el progreso de un tratamiento individual. Es obvio que estos criterios tienen que estar basados sobre los procesos psicológicos del paciente. ⁽²⁾

Se pueden elegir muchos aspectos sobre los cuales basar una evaluación del progreso. Para citar a unos pocos: desarrollo del “**insight**”; la capacidad del paciente de asociar libremente; su tolerancia para con su material inconsciente; la fluidez del hablar en el curso de la sesión; la relación entre paciente y analista; la situación transferencial en su totalidad. Creo que todos estos son indicios válidos que son constantemente usados por los analistas. Sobre todo, la mejoría clínica del paciente no puede ser desconocida si está sustentada por un cambio paralelo reconocible en el análisis. A mi criterio, el cambio paralelo

¹ Trabajo leído en el 17º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Amsterdam, 1951. Traducido del *Intern. J. Psa.*, T. XXXIII, 1952, p. 479.

² En la temprana historia del psicoanálisis, Freud consideraba que el descubrimiento de los recuerdos inconscientes por sí solo tenía un efecto terapéutico en el tratamiento, y en consecuencia se podía tomar como indicio del progreso del paciente. Es cierto, por supuesto, que la recuperación de recuerdos infantiles y de fantasías tempranas es un elemento importante del proceso terapéutico, pero con el conocimiento actual no podemos decir que un paciente ha progresado, fiándonos únicamente de la recuperación de ciertos recuerdos.

del material analítico y de la mejoría clínica es el indicio más importante. Para entender esa evolución paralela, es importante tener una idea clara de lo que ocurre en el inconsciente del paciente y que sea reconocible tanto para el analista como para el paciente.

Joan Riviere (³), en su artículo “Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa”, se refiere a una observación de Freud sobre ciertos pacientes refractarios que eran incapaces de experimentar un progreso. Apoyándose en conceptos sacados del trabajo de M. Klein, especialmente en el de posición depresiva, Joan Riviere describió la reacción terapéutica negativa de un paciente como un intento de escapar a la reacción depresiva: si acepta al análisis, o al analista, como a un objeto bueno, el paciente sentirá agradecimiento para él, y por eso se expondrá a sentir culpa. En un artículo reciente “Criterios para la terminación de un psicoanálisis”, M. Klein (⁴) retoma este punto y amplía este criterio como una prueba para la terminación de un psicoanálisis.

Voy a seguir la evolución del análisis de una paciente, y, tratar de mostrar como el análisis de la misma progresó. Describiré ansiedades y su evolución análogas a las que describieron M. Klein y J. Riviere en sus artículos. Ya que, según creemos, el sentimiento de seguridad del paciente depende ampliamente de su relación con su objeto bueno, trató de seguir el desarrollo del análisis en términos del “objeto bueno” y de su destino en el mundo interno y externo de la paciente.

El material que apoya mis conclusiones fue sacado de relatos escritos inmediatamente después de cada sesión. Cada relato consta de 200 a 300 palabras y comprende una exposición objetiva de lo que fue discutido, en lo posible siguiendo el orden en que surgió durante la sesión. Cuando reuní ese material, no tenía en vista ninguna investigación especial, y sólo después de completarlo, lo que me tomó más o menos 18 meses, consideré como podía utilizar el material que encontraba a mi disposición.

El material clínico está tomado del análisis de una mujer soltera, de edad mediana. Su primera sesión fue dedicada a su ansiedad por su edad avanzada, su soledad, y su temor de contener elementos peligrosos. Por medio de estos

³ Joan Riviere, “Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa”. *Revista de Psicoanálisis*, T. VII, p. 121.

⁴ Melanie Klein, “On the Criteria for the Termination of a Psycho-Analysis”. *Intern. J. Psa.* XXXI, pp. 78 - 80, 1950.

elementos peligrosos, podía dominarme en la misma forma en que, en otras oportunidades, había conseguido engañar a gente importante. Este temor de su propia peligrosidad hacía que mantuviera a la gente apartada de ella, y explicaba, en realidad, su soledad. Este tema, después de haber sido desarrollado en el curso de las tres primeras sesiones, fue retomado en la cuarta sesión, cuando trajo un recuerdo de su infancia en el cual su cabeza estaba infectada por piojos y una niñera la limpiaba. Por el recuerdo de este incidente, mostraba que sentía inconscientemente que el proceso analítico era un proceso de desinfección, en el cual se mezclaban sentimientos de culpabilidad, lo mismo que su relación con la niñera, que le había contado historias que, según su madre, ella no debía conocer. En relación con esto surgió otro recuerdo, de que muchachos le impusieron una ceremonia de iniciación antes de admitirla en un club de niños. Habiéndose enterado de lo desagradable de la ceremonia de iniciación, se negó a ser miembro del club. Tenía una actitud similar con el análisis. Aunque no habíamos tenido más de cuatro sesiones, nos encontrábamos completamente en el centro de problemas importantes: sus ansiedades persecutorias referentes al análisis, en relación con su temor-de estar llena de cosas malas.

De ahí, pasamos rápidamente a otro problema que se expresaba en términos de Blanca Nieves: el espejo decía a la madre mala que era la más bella hasta que Blanca Nieves hubo crecido. Le interpreté esto como su ansiedad de ocupar mi lugar cuando creciera, y su temor de ser desplazada por su hermana menor. Esta interpretación fue confirmada por recuerdos que estaban vinculados con el nacimiento de su hermana, cinco años menor. Inmediatamente después de esta sesión, surgió un nuevo problema acerca de un joven pariente que le hubiera gustado considerar casi como a un hijo, pero sus padres parecían opuestos a su interés por el muchacho. En relación con esto, se quejó amargamente que le quitaba el sueño: según sus propias palabras, me ofrecía todo, salvo su trabajo. La atmósfera era de robo, persecución y exclusión. Se decía que había perdido un objeto amado, — pero que lo había encontrado de nuevo. En el curso de la misma sesión, relató un sueño que retenía y que tenía miedo de olvidar: expresando la idea de que un objeto querido podía perderse, o que podían quitárselo. El aspecto de su mundo interno con el cual tratábamos era de no tener nada, o de ser malo, o de ser robado; o bien, ella misma sería reemplazada por su hermana menor; o

bien, en términos de su relación con su madre, (o con el analista), iba a reemplazar a la madre. Tiene miedo de tener que quedarse sola porque es mala; la gente a quien quiere tiene que ser mantenida lejos de ella. En relación con este sentimiento está la idea de que los objetos que retiene están perdidos — a la vez porque tiene que protegerlos de sí misma, ya que es peligrosa, y como resultado de que le hayan sido robados.

En este material, la paciente pasa por situaciones de ansiedad tempranas, lo que fue confirmado ampliamente más tarde. Al mismo tiempo, el análisis es, por supuesto, el análisis de su transferencia positiva y negativa, de su amor hacia el padre y hacia la madre tanto como de su odio hacia ellos. Además, hay ciertos mecanismos obsesivos que aparecen en un sueño sobrecargado de detalles. En la sesión siguiente, un lunes, se siente cómoda y cordial. Pero siente también que siempre tiene que dar para agradar a la gente, de ahí el sueño sobrecargado que podía fácilmente entenderse en términos de material anal, pues estaba hablando de una diarrea reciente. Uno de sus mayores miedos es acercarse demasiado a la gente, por el temor de que descubran que es una hipócrita. Lo que fue experimentado previamente en términos de perder un objeto valioso, es decir, un buen objeto interno, o de olvidar un sueño retenido, se experimenta ahora en términos de ser descubierta como sin valor. (5) Por eso la felicidad del principio de la sesión no podía durar.

Esta experiencia le hizo recordar sus dificultades de alimentación en la temprana infancia. Por ser bruscamente interrumpido su amamantamiento, no quiso comer y sufrió de estreñimiento. La suspicacia con la cual consideraba ciertas propuestas que le hacían, por ejemplo la de una sesión analítica suplementaria, se volvió muy clara cuando ella, según su expresión, “quiso mirar los dientes al caballo regalado”. Esa suspicacia, que no la dejaba aceptar propuestas, o —podría decirlo en este nivel — reconocer la amistad y la bondad de una propuesta, la encontraremos de nuevo en una fase posterior en sus quejas de que no le ofrecen nada bueno. La suspicacia se mostró más adelante en una experiencia que tuvo la mañana en que se encontró en una

⁵ Es una reacción que noté también en otros pacientes. Parece que los objetos bueno y malo no pueden ser retenidos juntos, al lado uno del otro. Los objetos buenos son negados o proyectados fuera. Estos pacientes se sienten entonces malos y sin valor, y sienten que sus cualidades buenas — si hay alguna — no son más que engaños, y pierden así la calidad de realidad. Conocemos muy bien este proceso cuando se refiere al Yo, y que el paciente tiene el sentimiento de irrealidad o de depersonalización. H. A. Thorner, “Examination Anxiety”, *Int. J. Psa.*, 33.

situación que solía provocarle una buena dosis de ansiedad, pero en la cual se sintió mucho más libre y cómoda. Eso podía llamarse una mejoría, pero no le gustaba.

Llegó con algunos minutos de atraso a la sesión siguiente, y dijo que en realidad llegaba temprano, pero sentía que no podía tocar el timbre todavía. Parecía tener miedo de tomar demasiado de mí. Una situación similar había ocurrido ya: el día anterior, había salido con un pariente. Aunque tenía hambre, no había podido elegir una comida en un restaurante, por su temor inconsciente de comer demasiado, es decir, el temor de explotar a otra persona y robarla. Y junto con esas ansiedades aparece otro temor, el de estar derrumbada por el análisis. Todo lo 'que pueda conseguir de mí la va a derrumbar, la va a envenenar. Para valorar la situación persecutoria, hay que recordar que esta paciente, no sólo en el análisis, sino también en su trabajo, se sentía perseguida. La gente le parecía constantemente querer algo de ella. Eso fue ilustrado en forma muy clara por otro recuerdo infantil de la paciente: un verdulero que recordaba con todos los detalles, le había regalado una pera; era la primera vez que recibía una pera, no de su madre, sino de otra persona. . . La guardó, y la dio a su pequeña muñeca que estaba enferma y parecía necesitarla más. Nunca comió la pera, que quedó con la muñeca hasta estar podrida.

En vez de seguir la evolución ulterior sesión por sesión, voy a elegir ahora algunas situaciones características por la forma en que se desarrollaron. Sin embargo, me gustaría destacar como una sesión parece surgir orgánicamente de la sesión anterior. Las sesiones analíticas no son entrevistas aisladas, y los problemas del paciente que son analizados en una sesión continúan en la sesión siguiente, y así sucesivamente... La continuidad del análisis de sesión a sesión es un punto que merece ser especialmente recalcado.

Junto con la idea de que no le estaba permitido tomar cosas buenas, otros sentimientos estaban en discusión, por ejemplo, su queja amarga de que lo que quería nunca le era dado voluntaria y libremente. Un sueño ilustra cuán estrechamente están vinculados estos problemas con ansiedades más profundas y tempranas. Soñó que pasaba un feriado en un distrito minero. Era una especie de búsqueda de tesoro; un viaje la llevaba a una casa en cuyo sótano una mujer tenía los muebles más bonitos. La mujer no parecía saber

nada de los tesoros que poseía, pero no quería que la paciente penetrara en la casa. Este sueño fue relatado en un contexto donde me decía que estaba deprimida, porque me había dicho que las cosas andaban mejor. Esto se vinculaba con el análisis, cuyos beneficios no debía tener, pero tenía que pasar a alguien más en vez de aprovecharlos para su propio bien. Quería también enseñarme algo que había hecho, pero no podía hacerlo sin miedo, temiendo que yo la criticase o, como dijo ella, la rompiera en pedazos. Así, la representación que tenía de mí era la de una madre peligrosa, tema que estaba prefigurado en su sueño de la casa que representaba a su madre llena de bellos objetos que no quería compartir con ella.

Es uno de los puntos que quiero recalcar, mostrando que en las fases posteriores del análisis esta idea cambió y se dio bruscamente cuenta de cuantas cosas le eran propuestas: la invitaban y era capaz de aceptar invitaciones. Este cambio fue al principio pasajero y duró sólo poco tiempo.

Los mecanismos obsesivos que hemos mencionado previamente eran una defensa contra su falta de seguridad interna. Sentía una compulsión a preocuparse de todos los detalles, es decir, mirar sus ropas, ver si estaba bien vestida, empacando y eligiendo la ropa que convenía para un viaje, etc.... tenía realmente que guardar sus pertenencias de ciertos peligros. Ilustró esto diciendo que no había mirado su ropa y que ahora las polillas habían entrado en su ropero y le habían comido su tapado de piel. Estas polillas representaban peligros internos (sus instintos, particularmente su avidez oral) que amenazaban destruir las cosas buenas que tenía dentro de ella. Es interesante comparar esas ansiedades con el recuerdo infantil de cuando la niñera tenía que desinfectar su cabeza de los piojos — en el cual hemos reconocido su idea inconsciente del proceso analítico.

Su deseo de quedar libre de sus elementos peligrosos se vinculaba con su deseo de proteger sus buenos objetos. Esta idea estaba en la base de su sentimiento de alivio cuando había salvado algún objeto (le gustaba particularmente encontrar uso a las cosas rotas). Le gustaban las improvisaciones y las soluciones de emergencia. No sólo tenía dificultades para usar lo que poseía, sino también que sentía culpabilidad por poseer cualquier objeto. Eso se demostró con otro ejemplo, cuando pensó que no era justo que tuviera ella un cuarto de huéspedes, y que había que darlo a alguien que no hubiera encontrado habitación. La naturaleza de la ansiedad detrás del

sentimiento que no debía tener un cuarto para huéspedes, o en sustancia, algo bueno, se volvió clara cuando supimos su idea de como un análisis terminaba. El análisis terminará cuando no tenga nada más para decir, lo que significaba cuando esté agotada. Su espera inconsciente de ser vaciada por el análisis estaba debajo de su arreglo económico del análisis, para el cual había destinado ciertos fondos que esperaba que se agotaran. Fue una gran sorpresa para ella darse cuenta de que era capaz de pagarlo con sus recursos corrientes. Paralelamente a la idea de que el analista la iba a agotar, corría la idea correspondiente de que ella me iba a agotar, iba a agotar al analista. Iba a querer demasiado. Aquí de nuevo estamos tratando con una situación de ansiedad temprana en la cual tiene miedo de devorar el objeto del cual depende.

En esta fase del análisis, tratamos con ansiedades que M. Klein describió como persecutorias, es decir, con ansiedades referentes a una amenaza para el Yo. El mundo interno de la paciente en esta fase era el de la posición esquizo - paranoide. Pero no sería exacto decir que las fantasías más tempranas fueron tratadas primero, y que sólo más tarde llegamos a los elementos depresivos. Es cierto, como lo señaló M. Klein, que estos procesos son entrelazados, y clínicamente a menudo mezclados. La preocupación de mi paciente por la seguridad de su objeto bueno que podía verse casi desde el principio de su análisis, es prueba evidente de la existencia de temores depresivos. La paciente podía a menudo oscilar de una a otra fase antes de conseguir una estabilidad duradera. Así, no es sorprendente que podamos encontrar material de clase similar en todas las etapas del análisis, pero el progreso del análisis puede ser apreciado por el grado en que predominan ciertos elementos y por la forma en que la visión del mundo de la paciente ha cambiado. Según lo hemos visto, pacientes que se sentían realmente rodeados de enemigos, y sentían que no conseguían ayuda de ninguna figura, se dan cuenta bruscamente de que la gente es más servicial y más benevolente de lo que nunca habían esperado.

Es un cambio del mundo interno del paciente que es legítimo usar como medida para el progreso del análisis, particularmente cuando estamos convencidos que este cambio es estable, y no es una visión transitoria de un mundo mejor a venir. Como las ansiedades del paciente sobre su propia

peligrosidad han disminuido por el análisis, su mundo se vuelve más estable y más seguro para él.

Este proceso va junto con la introyección del “objeto bueno” representado por el analista, que podía verse claramente en mi paciente. No había sido capaz de introyectar a su “madre buena” en su temprana infancia. Sentía que no estaba destinada a tener hijos; era incapaz de representarse a sí misma como madre, e ignoraba directamente la vida sexual como posibilidad para ella — en consecuencia, quedó soltera. La misma dificultad pudo verse en el análisis: sentía siempre que otros pacientes podían sacar provecho y placer de su análisis, mientras ella no lo podía hacer. Si recibía algo bueno en su análisis, no era para que lo guardara para ella, sino para que lo transmitiera a otros. No debería nunca ser analista — aún si era una posibilidad práctica, y su trabajo no se encontraba en un campo distinto — porque esto significaría que había tomado el lugar del padre (o de la madre). El objeto bueno tenía que ser preservado afuera, ya que la introyección del objeto bueno significaría su destrucción. En este sentido, consideraría que una identificación con el analista (lo que no significa que cada paciente deba desear volverse analista) constituye un progreso en el análisis. Quisiera aclarar que la introyección no es introyección del analista “real”, sino del objeto bueno del paciente que ha proyectado previamente sobre el analista. Este proceso ha sido descrito por James Strachey. ⁽⁶⁾

Otras dificultades pueden surgir en el proceso de introyección del objeto bueno. El paciente puede sentir que la introyección del objeto bueno no sólo amenaza el objeto bueno en sí, sino también que el sujeto que posee el objeto bueno es amenazado por un objeto tan poderoso. El paciente parece temer de poder ser ahogado, aplastado, o devorado por el objeto bueno omnipotente. Eso muestra la inestabilidad del objeto bueno: se puede cambiar fácilmente en objeto malo, ya que, en esta etapa, es un objeto idealizado. Mi paciente describió experiencias de esta clase. Pensaba que tendría que renunciar a todo si aceptaba el análisis, lo mismo que solía pensar que ser buen cristiano significaba renunciar a todo. Este problema surgió en su análisis en varias oportunidades. Como pueden recordarlo, en una de las primeras sesiones, habló de su soledad, y del peligro que representaba para el objeto bueno. Por

⁶ James Strachey: “Naturaleza de la Acción Terapéutica del Psicoanálisis” (Int. J. Psa., 1934). Rev. Psicoan. T. V. N° 4, p. 951.

esta razón, tenía que ser mantenido lejos de ella. Esto significaba también que tenía que controlar el objeto, lo que describió en términos de haber engañado a gente importante que en esta etapa representaba el objeto bueno. Es un rasgo particular de esta paciente que asociaba la idea de un objeto bueno con “gente importante”. Lo que considera como objeto bueno tiene, de hecho, que hacer surgir en ella temores persecutorios. Esta contradicción aparente proviene de su negación de las cualidades malas del objeto por medio de la idealización. Esto se puede remontar hasta los mecanismos infantiles tempranos en los cuales el niño se defiende de la ansiedad por medio de la idealización del

objeto: la idealización es una defensa tanto contra la ansiedad persecutoria como contra la ansiedad depresiva. En esta forma, los sentimientos de culpabilidad son negados: el objeto idealizado no es un objeto dañado, y además, el objeto idealizado poderoso parece invulnerable. Se hace entonces comprensible como surgió su temor de que el objeto bueno la iba a dominar, este problema se hace manifiesto una y otras veces en su actitud hacia el análisis, como se había manifestado en términos de religión y de relaciones humanas. Con el progreso del análisis, la paciente se hizo capaz de enfrentar el problema sin interrumpir el análisis. Junto con esta experiencia emocional ocurrieron cambios más profundos y la paciente llegó a una mayor libertad interna.

El miedo de estar dominado por un objeto es un miedo común. Se relaciona estrechamente con el miedo a perder el control. El paciente puede sentir que no se puede controlar porque está dominado por un objeto interno o externo. Una de mis pacientes, que venía al análisis por su depresión y su frigidez, era incapaz de manejar aparatos, —o lo podía hacer sólo con dificultad— porque sentía que estaban fuera de su control: Un elemento de su frigidez era su miedo de perder el control durante el orgasmo. Tenía miedo, si perdía el control, de poder causar un daño, es decir, tenía miedo de estar dominada por un objeto malo interno: vivenciaba este objeto interno como su inestabilidad, y estaba sentido también como excremento, u orina mala. Por otra parte, tenía miedo que, si no estuviera vigilando, le pudieran hacer algo malo, por ejemplo, tenía miedo de la concepción: temía que el pene le pudiera hacer daño, es decir se sentía dominada por un objeto que entraba en ella desde afuera. El

pene, en la medida en que le procuraba satisfacción, era un objeto bueno, pero era un objeto bueno precario. Corría doble peligro. O bien el pene es destruido por su insaciabilidad que es vivenciada como un objeto malo interno que no puede ser capaz de controlar, o bien el pene, una vez incorporado, la va a impregnar, es decir, puede dañarla internamente y ser el punto de partida de un niño que a su vez se cambiará en un objeto que ella no puede controlar.

Los pedidos de los pacientes de una ayuda o un consejo extra - analíticos, o de cualquier otra ayuda activa, ocupan un lugar en todo análisis. Es esencial entender qué es lo que los pacientes tratan de conseguir pidiendo tal ayuda: este pedido puede provenir de muchos motivos: el deseo del niño de conseguir lo que tiene la madre, o bien puede representar un intento de restaurar a la madre dando cosas, etc.... En todos los casos, aparece como una necesidad de una satisfacción instantánea. Aún si no reciben una satisfacción extra - analítica, ciertos pacientes sienten tanta necesidad de una satisfacción instantánea que pueden inconscientemente ver en casi cualquier cosa una satisfacción directa de su pedido, por ejemplo, en la reunión con el analista en el consultorio, o en los saludos habituales al principio y al final de las sesiones. Pueden parecer más importantes y deseables al paciente que el análisis en sí. Es de la mayor importancia que los procesos inconscientes que llevan a tal actitud sean claramente comprendidos e interpretados. Esos pacientes quieren ver en el analista a la persona que tiene una indulgencia ciega para con las necesidades de ellos. Eso puede andar cierto tiempo, hasta que sea reconocido que ignoran el análisis y se interesan por la satisfacción de sus necesidades inconscientes. En esta situación, el analista es el objeto bueno idealizado, y el análisis es trampeado por la negación. Pero, cuando el análisis progresa, el paciente se vuelve capaz de tolerar la disciplina del análisis, y el analista se establece gradualmente como el objeto bueno que parece benevolente, pero no indulgente. Como resultado de haber recibido satisfacción extra - analítica, que haya sido dada deliberadamente o sin darse cuenta por el analista, el paciente reaccionará con sentimientos de culpa por haberse aprovechado del analista y haberlo dañado. Las defensas contra esta reacción de culpa son muchas. Para citar sólo algunas: los pacientes pueden sostener que no reciben ninguna ayuda del análisis, o que no necesitan ninguna ayuda, o que no se analizan por motivos terapéuticos. Uno de mis pacientes justificaba su análisis por su trabajo. Tenía la idea que, si abandonaba el análisis, perdería

su empleo. Inconscientemente, se sentía voraz su madre solía llamarlo “bulto voraz” — y como defensa contra su voracidad inconsciente no debía tener ninguna cosa de la cual se pudiera beneficiar personalmente. Conservar su empleo era una justificación no tan frívola como lo hubiera sido la felicidad.

Con el progreso del tratamiento, la reacción del paciente al análisis cambia, y con ella la significación inconsciente del análisis. Los pacientes se sienten menos culpables cuando consiguen una ayuda analítica, y por su mayor tolerancia del sufrimiento y de los sentimientos depresivos, su deseo de ser reasegurados y de recibir ayuda extra - analítica disminuye. Con esta tolerancia incrementada, la naturaleza del material analítico cambia en varios sentidos: una producción verbal entrecortada puede volverse fluida, o bien el carácter del material analítico cambia. Los pacientes pueden sentir menor necesidad de torcer ciertos hechos para hacerse aparecer mejores, o peores: en otras palabras, su material se vuelve más ajustado a la realidad (objetivo). Sienten menos la necesidad de compararse con otros (su envidia ha disminuido) y son capaces de apoyarse más en sus propios sentimientos, ideas o valores. La selección del material puede también cambiar. A veces, los pacientes parecen seleccionar material de acuerdo a lo que consideran que va a gustar al analista, otros sienten que ellos mismos tienen tan poco para contribuir que deben “divertir” al analista por su charla o algo de valor anecdótico. Naturalmente, todo material puede y debe ser interpretado así, pero una interpretación total no tiene que dejar de lado el sentido general y el carácter del material. Cuando la relación del paciente con el objeto bueno está más estabilizada, y cuando un objeto bueno está instalado con seguridad dentro del paciente, tiene más tolerancia para con su propio inconsciente, y por consiguiente tiene más confianza en lo que posee. Su material está en contacto más directo con las raíces más profundas de su inconsciente. Cuando aumenta su confianza en lo que posee, el paciente también se siente más seguro en la situación analítica. Como siente que posee buenos objetos, algo que vale la pena tener y que vale la pena decir, puede tolerar que los otros posean algo sin sentir envidia.

Conclusiones

El progreso en el análisis es un cambio de los procesos inconscientes en tanto que están descubiertos durante el análisis. Un cambio clínico puede

valorarse sólo si está en correlación con el material inconsciente del análisis al mismo tiempo. El proceso analítico del tratamiento individual puede ser descrito en términos de destino del “objeto bueno”. El objeto bueno que en una etapa es idealizado y parece omnipotente, y como tal es provocador de ansiedad, se vuelve un objeto bueno más objetivo y benévolo. El paciente puede aceptar sus limitaciones y sus disciplinas como acepta la disciplina del análisis. Al mismo tiempo, el paciente se hace más capaz de utilizar experiencias analíticas en lugar de pedir ayuda extra - analítica. Las ansiedades persecutorias y depresivas pueden verse al lado una de otra, y mientras es necesario analizar a ambas, tampoco está reservado con exclusividad para alguna etapa particular del tratamiento individual.

Traducido por MADELEINE BARANGER.