

PANEL

Tratamiento de pacientes graves

JUAN PABLO JIMÉNEZ¹

«Hacia un tratamiento psicoanalítico de intervenciones diferenciadas de acuerdo a estructura de personalidad y tipo de psicopatología», compartido con el Dr. Hugo Bleichmar (APA) y el Dr. Ricardo Bernardi (APU), en el marco del 30 Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, realizado del 3 al 6 de setiembre de 2014 en Buenos Aires: «Realidades y ficciones».

En nuestro taller pretendemos discutir con ustedes el tema del tratamiento psicoanalítico de los pacientes graves, a veces también llamados severamente perturbados o limítrofes. En su intervención, Hugo Bleichmar buscará aplicar conocimientos recientes de neurociencias, útiles para diseñar estrategias e intervenciones en el tratamiento de pacientes que presentan, en especial, desregulación afectiva. Mi intención es empezar por contextualizar el desafío que este tema significa para la teoría y para la técnica psicoanalítica, y, por lo tanto, para los clínicos que, cada vez más, deben saber responder a las dificultades que tales pacientes presentan en la práctica diaria. Después buscaré definir lo que entiendo por trabajar psicoanalíticamente con la estructura a través de una viñeta del tratamiento de un paciente con estructura limítrofe de personalidad.

1. En las últimas dos décadas, los avances en neurociencias han abierto una vía para entender cómo los cambios producidos por la psicoterapia alteran la bioquímica, las funciones y la estructura del cerebro. Esto confirma la idea de Freud —idea que nunca abandonó— de que mente y cerebro son

1 Psicoanalista Didacta y Supervisor de la Asociación Psicoanalítica Chilena; Profesor Invitado de la University College, London, Director del Programa de Doctorado en Psicoterapia. jjjimenezd@gmail.com

una misma entidad, aun cuando, en palabras de mismo Freud (1938/1979), «ignoremos cuanto existe entre estos dos términos finales de nuestro conocimiento», es decir, entre mente y cerebro. Poco antes de morir, Freud pensaba que entre mente y cerebro «no se da ninguna relación directa» (Freud, 1938/1979, p. 3379). La verdad es que esta afirmación ha perdido validez con los recientes hallazgos de neurociencias, de imagenología cerebral y epigenética, sobre los cuales no puedo dar más información en este momento.

Existen dos enfoques de base psicoanalítica que han ampliado el espectro de aplicación del psicoanálisis a pacientes con estructuras graves de personalidad, bien respaldados teóricamente y con una amplia base empírica que confirma su eficacia terapéutica. Estos son la Terapia Focalizada en la Transferencia, desarrollada por Otto Kernberg y colaboradores, y basada en la teoría de las relaciones objetales; y la Terapia Basada en la Mentalización, desarrollada por Peter Fonagy y su equipo. Existe una tercera, poco conocida fuera de Alemania, que es la Psicoterapia Orientada a la Estructura, desarrollada por Gerd Rudolf en el contexto de los estudios que han conducido al Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, cuyo manual traducimos al español en Chile.

No puedo adentrarme aquí en la comparación entre los tres enfoques. En todo caso, en los últimos sesenta años, la investigación en proceso y los resultados en psicoterapia han mostrado que la psicoterapia es un tratamiento más efectivo que la medicación en trastornos mentales complejos como los trastornos de personalidad grave. Por su parte, y con un esfuerzo llevado adelante por un grupo minoritario, aunque significativo, de psicoanalistas académicos, hemos demostrado que la terapia psicoanalítica cumple con los estándares exigidos actualmente por la medicina basada en la evidencia.

Pero, a su vez, la investigación en proceso y los resultados en psicoterapia y psicoanálisis también han mostrado el error de algunos atesorados dogmas psicoanalíticos, en especial, el ya innegable efecto iatrogénico de una técnica psicoanalítica que funda toda su acción en la interpretación de supuestos conflictos inconscientes en pacientes con estructuras bajas incapaces de hacer uso terapéutico de ella. Una teoría del déficit, con énfasis en intervenciones no interpretativas, merece el reconocimiento oficial que el *establishment* institucional le ha negado desde los tiempos de Ferenczi. Mejor dicho, tarea incumplida es el desarrollo de una técnica adaptativa que contemple la

diversidad de los trastornos mentales, su patogenia y su terapéutica, y que sepa integrar coherentemente diversas intervenciones que demuestren su eficacia y que sean consistentes con los nuevos conocimientos científicos. Esto significa definir lo psicoanalítico más en el nivel estratégico que en el táctico. Adhiero plenamente a lo expresado por Gabbard y Westen (2003, p. 826) hace poco más de diez años, en el sentido de «diferir la pregunta de si estos principios o técnicas son analíticos y focalizar en cambio en si son terapéuticas. Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, la siguiente pregunta —agregan— es cómo integrarlas en la práctica psicoanalítica o psicoterapéutica de una manera que sea la más beneficiosa para el paciente».

2. Hablar de una teoría del déficit nos orienta de inmediato al concepto de estructura. Clásicamente, la técnica psicoanalítica se ha definido, de manera oficial, como una técnica centrada en la interpretación de los conflictos intrapsíquicos inconscientes, según estos se despliegan en la transferencia. Hay una vasta literatura sobre teoría psicoanalítica del cambio terapéutico que da cuenta de lo afirmado. Con todo, una rama disidente, la escuela interpersonal, plantea que lo esencial de la técnica reside en el análisis de los conflictos interpersonales. De manera general, podemos decir que ambas orientaciones han encontrado un campo común de conversación en la más reciente escuela relacional. Pero ¿qué hay del concepto de estructura en psicoanálisis? En contra de lo que se pudiera pensar, hay mucho más de lo que aparece a primera vista. El grupo de trabajo OPD (por las siglas en inglés de *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*) —que condujo al desarrollo del sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, fundado en Alemania en los años noventa y con quienes hemos tenido un fructífero intercambio durante los últimos quince años— ha llevado a cabo un trabajo sistemático para definir la estirpe psicoanalítica del concepto. No tengo tiempo para revisar la historia del concepto a través de los diversos autores que han contribuido a su precisión; quien quiera saber más, puede consultar el Manual OPD-2, publicado por Herder en el año 2008².

2 Grupo de trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

El concepto de estructura surge a partir del punto de vista de la psicología psicoanalítica del desarrollo, cuerpo teórico que incluye los conocimientos aportados por las neurociencias del desarrollo, en el que la estructura de personalidad del adulto es entendida como el resultado de un proceso de maduración en el cual se evidencia una diferenciación e integración progresivas, caracterizadas por la creciente capacidad para mentalizar. Se trata de la construcción progresiva de la representación intrapsíquica del mundo objetal externo (representación de objeto), así como de las experiencias y actitudes del *self* en el contacto con el mundo objetal (representación del *self*, representación de la interacción). El equilibrio de la estructura significa que el individuo puede disponer de ese espacio psíquico y que lo puede regular a fin de crear y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Ahora bien, el trastorno estructural se puede entender en el sentido de un déficit del desarrollo, a causa del cual no se han logrado ciertas diferenciaciones y fases del proceso de integración. El *self*, en consecuencia, no puede ser autónomo, es incapaz de regularse suficientemente y no logra reflejarse a sí mismo por no haber podido desarrollar un vínculo seguro con otros significativos capaces de brindar soporte. Clínicamente, se distinguen casos de *vulnerabilidad estructural* en los cuales sí hubo un desarrollo de la estructura, pero el problema es que no se logró una suficiente estabilidad, lo que en situaciones de estrés interno o externo hace que se pierdan funciones ancladas estructuralmente y se activen estados de ansiedad y desintegración.

Estructura y conflicto describen, así, aspectos diferentes del sistema psíquico. El conflicto, como patrón repetitivo, describe aspectos psicodinámicos del significado de los acontecimientos y, por consiguiente, también de las condiciones para desencadenar los síntomas. La estructura se refiere a la vulnerabilidad de la personalidad, a la predisposición a la enfermedad y a la capacidad para elaborar los conflictos internos y las experiencias estresantes externas. Los mismos temas de conflicto pueden expresar, en múltiples niveles de la estructura, diversas configuraciones (por ejemplo, diferente cualidad de los afectos, distintas imágenes de los objetos, características e intensidad de las necesidades y los deseos, variados niveles de maduración de la defensa, etc.). Cuanto más bajo es el nivel de la estructura, más difícil es identificar patrones estables de conflictos.

Esta es la razón por la cual con pacientes de bajo nivel de integración estructural, una técnica que busque básicamente identificar conflictos en los contenidos inconscientes e interpretarlos suele convertirse en una trampa. Cualquier clínico con experiencia sabe que súbitamente —o en la sesión siguiente, si es que el paciente aparece—, los contenidos conflictivos, y con ello también la intensidad y la calidad de los afectos, suelen cambiar como en un caleidoscopio creando en el analista una impresión caótica.

EL OPD distingue cuatro dimensiones de evaluación estructural.

1. La primera se refiere a las capacidades cognitivas, de percepción de sí mismo y del objeto. En esta dimensión se evalúa la capacidad del individuo de reflexionar sobre su autoimagen y de establecer diferenciaciones, de diferenciar los afectos propios y de tener y desarrollar una imagen constante de la propia identidad, tanto social como psicosexual. En relación con la percepción del objeto, esta dimensión evalúa la capacidad de desarrollar una imagen realista del interlocutor, en especial, de poder percibir al otro como poseedor de características individuales. El requisito central para una percepción realista del objeto radica en poder distinguir lo propio de lo ajeno, diferenciación que no solo es importante para una percepción realista del objeto, sino para una percepción realista de uno mismo.
2. La segunda dimensión se refiere a la capacidad de autorregulación y de regulación del objeto. Aquí se evalúa la capacidad de distanciarse de los impulsos, de dirigirlos y de integrarlos, de distanciarse de los propios afectos y de regularlos, y de distanciarse de las ofensas, regulando la autoestima. En relación con el objeto, esta dimensión evalúa la capacidad de proteger la relación con el otro de los propios impulsos perturbadores, como también de resguardar los propios intereses para que estos no sean avasallados en la relación con los otros, considerando adecuadamente, a su vez, los intereses ajenos. También aquí se evalúa la capacidad de anticipar las reacciones de los otros. En suma, regularse bien significa no *sucumbir o dejarse arrastrar* permanentemente por algo, y ser capaz de distanciarse del acontecimiento, reflexionar sobre sí mismo y desarrollar una nueva actitud desde esa posición.

3. La tercera dimensión de evaluación estructural se refiere a la capacidad emocional de comunicación hacia adentro y hacia afuera. Referido a uno mismo, la comunicación emocional se refiere a la capacidad de mantener diálogos internos y de entenderse a uno mismo. La capacidad de dejar que surjan los afectos dentro de uno y de vivirlos es un requisito para esa comunicación. En esto, las propias fantasías juegan un papel importante como mediadoras de los estados emocionales y de los diseños de soluciones creativas de acción asociados a ellos. La vivencia emocional de la corporalidad propia, la experiencia subjetiva corporal y de su vitalidad es también relevante. Referido al objeto, la comunicación se refiere al intercambio emocional entre el *self* y el otro. En este sentido, esta dimensión estructural alude al establecimiento de contacto emocional entre personas, la comunicación de los propios afectos y la capacidad de dejarse *tocar emocionalmente* por los afectos de los otros, así como la comprensión mutua y el sentimiento de *nosotros*, base de la reciprocidad. La empatía es, así, un proceso a la vez intrapsíquico e interpersonal, y se la define como la capacidad de entrar temporalmente con la propia vivencia psíquica en el mundo interno del otro y de vincular su punto de vista con el propio, lo cual es un requisito para entender realmente a alguien.
4. La cuarta dimensión de la estructura se refiere a la capacidad de establecer vínculos con los objetos internos y externos, a la capacidad de relacionarse con los otros, tanto intrapsíquicamente como en el contacto interpersonal. En la base de esto está la capacidad de crear representaciones internas de personas significativas, de investir las emocionalmente de manera positiva y de mantenerlas, es decir, la capacidad de internalizar. La disponibilidad de estos objetos internos es condición para poder calmarse a sí mismo, consolarse y protegerse. Con una buena función de internalización, el sujeto dispone de una paleta de objetos internos que representan distintas cualidades de relación (por ejemplo, imágenes de los padres, de hijos, hermanos, pareja, rivales, etc.). En relación con los objetos, la capacidad para internalizar es un requisito para poder vincularse emocionalmente con otros en relaciones reales. La contrapartida

es la capacidad de separarse y de poder despedirse. Un indicador de estabilidad en las relaciones es la capacidad de experimentar afectos prosociales, tanto internos como en relación con los otros. Estos afectos son la solidaridad, el sentido de responsabilidad y de cuidado, pero también, ante transgresiones éticas, la capacidad de experimentar culpa. Igualmente, la capacidad de sentir tristeza ante la pérdida de objetos internos o externos significativos. Una consecuencia de la capacidad de vincularse es la facultad de utilizar los objetos buenos disponibles en el mundo externo, de pedir ayuda y de consentirla, de aceptar el apoyo y el cuidado de los otros.

En el OPD, estas dimensiones están bien operacionalizadas, de modo que, después de un entrenamiento, no es difícil evaluarlas y confeccionar un *perfil* estructural de los pacientes. El perfil determina distintos niveles de integración de la estructura, que pueden ir desde un nivel alto de integración hasta un nivel de desintegración. Este perfil puede servir de «carta de navegación» que oriente las intervenciones durante el tratamiento.

3. Con esta «carta de navegación» podemos ahora analizar un material clínico. Pero antes debo hacer una breve introducción. El caso que presentaré a continuación es antiguo, proviene de un tratamiento que realicé estando en Alemania, entre los años 1985 y 1990. Tiene la gracia de que está ampliamente documentado y publicado extensamente. Es un caso de patología limítrofe que traté en diván con una frecuencia de cuatro veces por semana. Fue un caso difícil pero que mostró notables avances sintomáticos y psicoanalíticos. El primer tiempo fue básicamente un tratamiento orientado a la estructura para progresivamente devenir, aun cuando nunca totalmente, en una terapia centrada en la interpretación de la transferencia.

Fui invitado a presentar un informe de este caso en abril de 1991 en una reunión científica de la Sociedad Psicoanalítica Británica. Cuento esto para ilustrar mi punto inicial, esto es, el rechazo oficial a intervenciones que se alejen del modelo de análisis de la transferencia y el principio de pensar lo psicoanalítico más en el nivel estratégico que en el táctico. Fui fuertemente criticado, en especial por renombradas analistas kleinianas, precisamente por ese hecho, por haber abandonado la técnica psicoanalítica. Vanas fueron

mis argumentaciones de que esa técnica era impracticable con este paciente y que el tratamiento fue progresivamente haciendo posible la interpretación transferencial sin que en ningún momento yo hubiera abandonado la actitud de escucha del inconsciente, abierta y abstinerente, propia del psicoanálisis. Por cierto, en esa época no existía el OPD ni la teoría de la mentalización. Mucho después comprendí que había aplicado un enfoque basado en la mentalización (Fonagy) *avant la lettre*, es decir, antes de que este existiera, y que la terapia había sido, de igual modo, *orientada a la estructura* (según el OPD). Quienes se interesen pueden leer el informe de tratamiento y el comentario que de él hizo Peter Fonagy veinte años después, que están en el libro que junto a Rodolfo Mogueillansky publicamos en 2011, en Karnac³.

Se trata de Matías, un paciente de veintinueve años de edad, quien retrospectivamente, y de acuerdo con el OPD, presentaba un nivel de integración de su estructura entre bajo y desintegrado, en todas las dimensiones. No iré al detalle de esto, sino más bien relataré un par de viñetas de ilustración, comentándolas desde el punto de vista de la teoría de la mentalización. No tengo tiempo para hacer lo mismo desde la perspectiva de la Terapia Orientada a la Estructura, aun cuando debo decir que ambos enfoques orientan en el mismo sentido técnico.

El problema con Matías apareció desde el comienzo mismo del tratamiento, cuando me vi confrontado con una gran dificultad que surgía de la intensísima actividad interpretativa que este desplegaba durante las sesiones. Frecuentemente se producían malentendidos, yo debía estar constantemente alerta a las distorsiones en la comunicación. No importaba lo que yo hiciera, que hablara o me quedara callado, no importaba tampoco lo que interpretara: Matías reinterpretaba la interpretación, el movimiento, el ruido o el silencio, atribuyéndoles intenciones que la mayoría de las veces yo no atinaba a descubrir. Así, entendí que la imposibilidad de interpretar se debía a que cada vez que intentaba corregir alguna percepción suya, Matías volvía a atribuir un sentido escondido a esta aclaración, con lo cual se perdía su valor aclaratorio, y así hasta el infinito.

3 Jiménez, J. P., & Mogueillansky, R. (2011) *Clinical and Theoretical Aspects of Perversion. The illusory Bond*. London: Karnac.

Después de algunas semanas, noté que sentía un cierto malestar antes de las sesiones y durante ellas me sentía tenso y evitaba cualquier movimiento o sonido, pues sabía que él los interpretaría como un *evidente* signo de mi descontento por su trabajo o de mi aburrimiento con sus asociaciones absolutamente irrelevantes, etc. También empecé a notar extraños fenómenos de resonancia. Por ejemplo, cuando el paciente carraspeaba para aclarar su garganta, yo tenía miedo de querer hacer lo mismo, lo que a veces sí llegaba a pasar.

Rápidamente comprendí que su hábito de atribuir continuamente sentimientos y significados negativos autorreferentes era lo que él hacía cotidianamente con toda la gente. Esta era la razón de su aislamiento, de su ansiedad social y su intensa vergüenza. Concluí también que no podía interpretar la identificación proyectiva, ya que una interpretación así no haría más que aumentar su actividad interpretativa de vuelta y, con ello, su paranoia. Gradualmente me di cuenta de que Matías estaba atrapado entre transferencias maternas y paternas, masivas y contradictorias. No importaba lo que yo dijera, era reinterpretado por él de la misma manera que lo hacía cuando interactuaba con su madre: «Ella —decía— con solo mirarme sabía lo que yo estaba pensando».

Su relación con su madre era experimentada desde un estado de intensa fusión. Así, la única manera de evitar ser aniquilado por ella era dando vuelta las cosas, esto es, atribuyendo intenciones ocultas a cualquier cosa que ella dijera. Mi técnica interpretativa era experimentada por Matías como una copia de la actividad adivinatoria de la madre. Frente a esto, mi reacción fue permanecer en silencio, interpretar menos y... pensar. Sin embargo, cuando sucedía esto, yo tomaba el lugar del padre esquizoide, quien —por su incapacidad de comunicar sus estados interiores— cada vez que se enojaba, se retiraba por semanas en el silencio. Así, me encontraba frente a un dilema: si ofrecía interpretaciones, contraactuaba la transferencia materna; si permanecía en silencio, enactuaba la transferencia paterna. Más aun, si relacionaba ese dilema con su experiencia temprana —es decir, si le decía que el ponerme frente a este dilema era la única manera que él tenía de comunicarme cómo él se había sentido cuando pequeño frente a sus padres—, parecía no entender mis palabras: afirmaba que estaba de acuerdo conmigo, que todo lo que le pasaba había sido causado por ellos.

En esta viñeta podemos observar dos fenómenos propios de pacientes con niveles bajos de estructura, con graves limitaciones en su capacidad para mentalizar, que han sido bien descritos por Fonagy y cols. Me refiero a dos modos prementalizadores, el de equivalencia psíquica y el de simulación, que en Matías se combinaban y alternaban de tal manera que hacían imposible la interpretación. La interpretación está basada en el supuesto de que la experiencia es sentida como real por el paciente, que esta puede ser monitoreada y que se puede hacer una comparación entre la experiencia interna y los comentarios del analista. Por cierto, con Matías, el intentar identificar intenciones ocultas desconectadas de la realidad era un juego al que él me incitaba; claro que, al caer en él, los riesgos corrieron por mi propia cuenta.

Veamos. Matías asumía consistentemente que uno puede leer a la perfección los estados mentales del otro. Por cierto, él no tenía idea de mis pensamientos y emociones reales, y más bien —siguiendo a Fonagy y cols.—, se movía de manera permanente entre un modo de equivalencia psíquica y un estado de simulación pseudomentalizador, un estado de *hiperarousal cognitivo*. Para Matías era suficiente pensar que el analista *pudiera* haberse sentido criticado, para retirarse por largos períodos. Igualar el pensamiento de que alguien está molesto o se siente criticado con que así sea en la realidad es una característica de la subjetividad prementalizadora —el modo de equivalencia psíquica— de un niño de unos dos o tres años de edad, como era el pensar de Matías, dentro y fuera del análisis. La ubicuidad de esta estrategia defensiva, particularmente en contextos interpersonales cercanos (de apego), producía un caos total en la vida cotidiana de Matías y lo conducía a un estado de casi total aislamiento social. La manera de defenderse de este aterrador estado de equivalencia psíquica era permutar hacia el modo de simulación, también precursor evolutivo de la mentalización, donde la conexión entre estados internos y realidad externa es removida sistemáticamente, y nada de lo que se diga sobre estados internos se siente con sentido. Matías entraba en complejos discursos acerca de su experiencia subjetiva de mí, donde yo captaba rápidamente que estos no tenían tracción, no tenían conexión con nada real. En el modo de simulación, los sentimientos y pensamientos son atribuidos sin referencia al contexto que provee normalmente la realidad externa, ausencia de realidad que se relaciona con la falta del tercero edípico.

Pero, volvamos a la viñeta y revisemos cuál fue la manera en la que abordé el dilema descrito. Cuando me di cuenta de que esta situación nos llevaría a la interrupción o al *impasse*, decidí cambiar mi estrategia —en parte, intuitivamente, aunque también siguiendo las recomendaciones de Helmut Thomä, con quien trabajaba en esa época, de adaptar la técnica a las condiciones del paciente— y lo confronté sistemáticamente con el tipo de interacción que se había producido entre nosotros. Evité ofrecer interpretaciones de contenido y, en vez de eso, le hice repetidamente descripciones detalladas de los círculos viciosos en la interacción comunicativa en el aquí y ahora de nuestra relación efectiva. Le repetí que atribuir significados es algo normal, pero que su problema era que las hipótesis que formulaba sobre la significación posible de, por ejemplo, mi carraspeo o mi permanecer en silencio en un momento dado, él no las tomaba como tales —es decir, como conjeturas—, sino como evidencia incontrovertible que no necesitaba ulteriores chequeos. Le manifesté que él parecía no entender que en toda comunicación debemos estar alerta a si hemos entendido lo que la otra persona quiso realmente decir y que, por esta razón, frecuentemente yo le preguntaba por ello cuando me decía algo. Le señalé que cuando se sentía rebajado, algo que pasaba frecuentemente en su vida diaria y en la relación conmigo, él respondía inmediatamente retirándose, sin chequear si había sido realmente humillado o si acaso él solo *creía* que la otra persona buscaba degradarlo. Le dije que construía castillos de suposiciones que probablemente estaban basadas en premisas infundadas, aun cuando algunas veces estas pudieran ser verdaderas. En fin, le expliqué que así podíamos entender de qué modo finalmente yo terminaba totalmente paralizado frente a él y cómo esta manera de atribuir intenciones negativas a los demás lo había conducido al aislamiento, etc.

Con esta estrategia, me coloqué en una posición contratransferencial excéntrica, rehusando identificarme con las propuestas transferenciales e interviniendo, si se quiere, desde la periferia de un tipo de relación madre-bebé fusionada. Paradójicamente, mi retiro de la propuesta transferencial significó colocar la atención en el modo de funcionamiento de la mente de Matías en el aquí y ahora de la relación conmigo.

En resumen, y para terminar, el enfoque con Matías fue una mezcla de una técnica analítica tradicional muy medida y cuidadosa, con un sensitivo trabajo de apoyo. Las intervenciones tendieron a estar centradas en la experiencia

subjetiva del paciente, dirigiéndose a los estados mentales relativamente conscientes y preconscious de Matías, eludiendo las reconstrucciones complejas o las recomendaciones de Strachey (1934) respecto de las interpretaciones mutativas. Más bien, prioricé el proceso sobre el contenido, promoviendo un pensar estrechamente atento a los estados mentales y al contexto de las emociones, fomentando con ello la habilidad de Matías para mentalizar en el contexto de las relaciones conmigo y en el resto de su vida. Permanecí casi exclusivamente focalizado en el estado mental actual de Matías, comentando específicamente sus pensamientos y afectos, y nunca directamente su conducta. Traté de crear un espacio transicional de pensamiento, mientras que, por mi mera presencia, se desarrolló una relación de apego de Matías conmigo. Evité situaciones en las que el paciente hablara de estados mentales que yo no pudiera ligar subjetivamente a la realidad sentida. En tales casos, simplemente permanecí en silencio. Mis intervenciones estuvieron marcadas por el bajar el tono a inquietudes *profundas*, en favor de contenidos conscientes o cercanos a la conciencia. Durante el primer año de terapia, evité deliberadamente describir estados mentales complejos (conflicto, ambivalencia; en suma, procesos inconscientes). En esta fase, hice intervenciones breves, simples, aun cuando al finalizar el primer año esta no fuera más una restricción necesaria. Con todo, siempre focalicé primariamente en el afecto de Matías (sus amores, sus deseos, sus humillaciones, sus catástrofes, sus excitaciones). Con esta técnica, Matías mostró paulatinamente progresos sintomáticos, pero lo más notable fue la emergencia de una mente. Al finalizar el primer año, Matías me comunicó sorprendido: «Ahora me doy cuenta de que lo que yo creo que los demás piensan o sienten respecto de mí no necesariamente es lo que realmente ellos piensan o sienten, sino que puede ser simplemente algo que yo temo que ellos piensen o sientan». Muchas gracias. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Freud S. (1979). Esquema del psicoanálisis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 23, pp. 133-210). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1938).
- Gabbard, G., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of psycho-analysis*, 4, 823-841.
- Grupo de trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Jiménez, J. P., & Mogueillansky, R. (2011) *Clinical and Theoretical Aspects of Perversion. The illusory Bond*. London: Karnac.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.