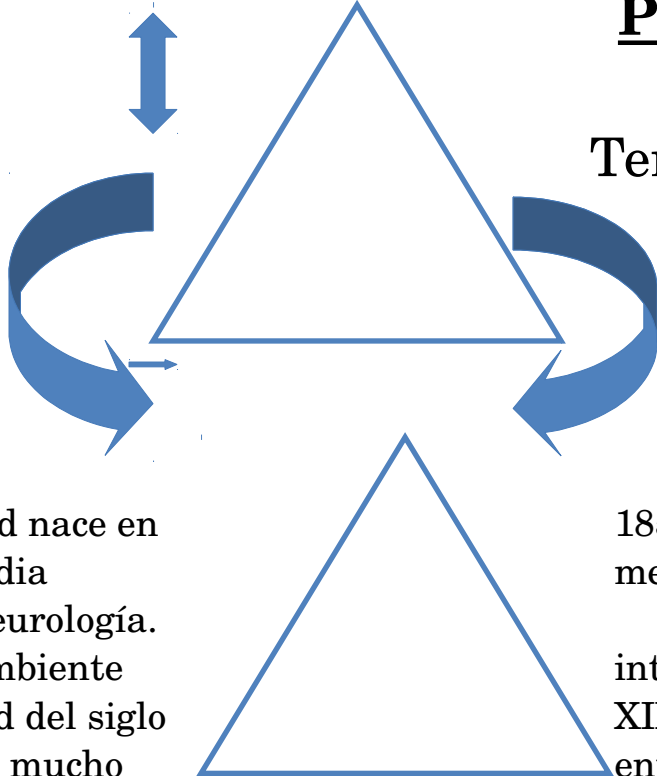


Psicoanálisis

Tema 1: Sigmund Freud

Contexto histórico y social



Freud nace en
Estudia
en neurología.
El ambiente
mitad del siglo
es de mucho

1856 y muere en 1939.
medicina y se especializa

intelectual en la 2ª
XIX y la 1ª del siglo XX
entusiasmo por la

ciencia: Teoría de Darwin, física de Newton, Revolución Industrial... empiezan a pensar que podemos predecir y controlar un poco la naturaleza gracias a los avances científicos y tecnológicos.

Freud está influenciado por ese punto de que todo lo que pasa se puede explicar por leyes deterministas (todo lo que ocurre tiene una causa que se puede explicar); y se lleva este entusiasmo y esta idea de causalidad al estudio de la mente.

Su gran ambición es explicar la complejidad del ser humano con unos principios claros y además naturales (biológicos).

En 1888 Ramón y Cajal descubre el funcionamiento del sistema nervioso (que la unidad del SN es la neurona, y que éstas transfieren energías eléctricas...).

La sociedad/cultura es la victoriana, muy basada en las formas, las buenas costumbres, la educación, muy preocupada por la imagen que dan ante los demás...

En una cultura tan estricta con las normas sociales es fácil que el deseo se viva de forma conflictiva/incómoda.

Para Freud es importante el tema de la sexualidad, porque en esta época, ese apartado estaba lleno de conflicto (el deseo... etc.).

El deseo estaba muy mal visto, especialmente en el género femenino, y curiosamente, éstas fueron sus primeras pacientes.

Puso una clínica para atender a pacientes con problemas nerviosos (más motivado por temas de dinero, ya que él no quería ser terapeuta, era más teórico.)

El cuadro más común con el que se encontró Freud era la histeria. Lo más llamativo de la histeria es que presentaba síntomas físicos que no tenían una explicación orgánica (no existía causa médica): ceguera, cojera...

Por aquel entonces la histeria tenía dos explicaciones:

- “Es gente manipuladora – están fingiendo”. Esta enfermedad tiene episodios de carácter teatral, excesivas emociones... etc. Lo que podía llevar a pensar eso.
- Vulnerabilidad neurológica: Se pensaba que eran más débiles neurológicamente.

A Freud no le satisfacían estas explicaciones y se fue a París a estudiar con Charcot, que trabaja con la histeria a través de la hipnosis y estaba consiguiendo eliminar los síntomas (Cuando estaban en el trance les convencía de que podían ver, andar... dependiendo del problema, y cuando se despertaban, podían hacerlo con total normalidad). Lo cual significaba que la histeria tenía que ver con algo mental.

Freud llega a la conclusión de que *existe el inconsciente*: algo que nos influye sin darnos cuenta.

Otra de las cosas que descubre con Charcot es que la mayoría de los pacientes son víctimas de un *trauma* temprano. Hablan durante el trance de cosas traumáticas que les han ocurrido y de las que no se acuerdan cuando se despiertan. Lo que le lleva a pensar que el trauma está en el inconsciente.

Este es el primer ladrillo del psicoanálisis.

Freud decide irse de París en busca de más explicaciones. Vuelve a Viena y empieza a trabajar con Breuer combinando hipnosis con palabras. Confirman la presencia del trauma: muchos recuerdos traumáticos son inconscientes.

Se dan cuenta de que el psiquismo no es una unidad: está la parte consciente, y por otro lado las ideas, afectos, emociones...

de los que no nos damos cuenta: inconsciente, y ambos funcionan de manera independiente; a esto se le llama *disociación*.

La parte inconsciente busca manifestarse conscientemente, necesita salir. El contenido inconsciente siempre tiene que ver con el trauma, porque la persona no es capaz de procesarlo y se queda ahí subyacente.

**CONCEPTOS
FUNDAMENTALES:**

- **Trauma**
- **Disociación**

Como hemos dicho, el problema busca una salida, una vía de escape, pero el psiquismo lo va a impedir porque esos recuerdos son intolerables, provocan *conflicto*. Por lo que se crea un juego entre lo que busca salir y la psique que no le deja. Pero al final, según Freud, si algo tiene suficiente carga acabará saliendo.

La solución final es la descarga. Se descargan los afectos asociados al trauma, de manera sutil, a través de otra vía, convirtiendo esos afectos en un síntoma físico (*conversión*) en el caso de la histeria.

Otro concepto es el de *desplazamiento*. El psiquismo desplaza un contenido intolerable convirtiéndolo en tolerable.

- Conversión: Histeria
- Desplazamiento: En general

Cuando la psique no consigue el equilibrio entre lo que reprimimos y manifestamos: hay patología.

1ª Innovación: Freud se da cuenta de que todos estos traumas tienen naturaleza sexual. Aquí comienza a separarse de breuer.

2ª Innovación: El método que utilizaban hasta entonces era la hipnosis, pero Freud decide cambiar de técnica, ya que ve que las mujeres durante el proceso no aprendían a conocerse y muchas veces con la hipnosis la sintomatología volvía, porque no se hacían conscientes.

Comienza el método de la *asociación libre*: encadenar contenidos mentales.

Se recuestan en un diván – “Cuénteme todo lo que le venga a la cabeza tal y como le venga, intenta quitar la censura, no seleccionar los contenidos”.

De este modo, el inconsciente va manifestándose. Para ayudar Freud se quita del campo de visión de la persona.

Modelo de formación de síntomas

Represión

Disociación

Descarga

Resistencia

Desplazamiento – síntomas

El trauma introduce una cantidad de excitación emocional que es demasiado grande para que el psiquismo pueda hacer nada con ello, por lo que se **reprime** (no se puede dar respuesta, no se puede procesar).

La consecuencia es que el psiquismo queda **dividido** entre el consciente y el inconsciente (afectos, recuerdos, ideas... etc. relacionadas con el trauma).

Estos contenidos inconscientes necesitan **descargarse** (son un grupo de energías), por lo que trata de volver al consciente, a canalizarse. El psiquismo va a hacer lo posible por evitar que eso pase al consciente, por ser incapaz de procesarlo = **resistencia**.

Por lo que hay dos fuerzas: una que quiere salir al consciente y otra que se resiste a que eso ocurra, por lo que crea un conflicto. El psiquismo encuentra una manera al final, de que el psiquismo se descargue de forma tolerable, aceptable. En el caso de la patología, esos contenidos son los **síntomas**.

El inconsciente sale disfrazado (pintado, más bonito, oculto, **desplazado**...). Estos síntomas son mucho más aceptables que el trauma, aunque también impliquen sufrimiento.

-----> Esta manera de entender la patología todavía se usa hoy en día. (En el caso de la histeria sale hacia lo físico).

El trauma se puede producir en dos tiempos:

- El primero es cuando sucede (cuando le sucede al niño)
 - **Resignificación:** El segundo tiempo es cuando lo sucedido adquiere un significado traumático. La mente hace una relectura y le da un significado más traumático.
- Pueden pasar años de un paso a otro.

* No tiene porque darse así siempre *

Freud defiende que la resignificación puede ser inconsciente. No tiene porque ser consciente, pero si puede serlo.

Asociación libre: El paciente cuenta todo lo que se le pasa por la cabeza, sin seleccionar contenidos sin disfrazarlos, con el fin de que se bajen las resistencias y salga parte del inconsciente.

Freud se da cuenta, que algunas pacientes lo hacen bien (hacen asociaciones, son espontáneas), pero otras que no: se bloquean, cambian de tema, se les olvida lo que iban a decir...

Esto que sucede (**la resistencia**) es una prueba de que algo importante iba a salir y el psiquismo se ha encargado de evitarlo; por lo que ahora hay 2 vías de trabajo:

- 1) Que el paciente hable para que salga el inconsciente

2) Analizar las resistencias

* No solo lo que nos da el paciente es importante para trabajar, lo que no nos da (que se olvide de un tema que habíais tratado, llegar tarde, que no hable) también es material para trabajar. Nos indica resistencias.

Freud se encuentra con el fenómeno de la resistencia: cambian los sentimientos al hablar, los temas **Resistencia verbal.**

Resistencia transferencia Reproduce emociones de las relaciones pasadas. No nos damos cuenta de que esas emociones las vivimos en el pasado. Más tarde la transferencia se verá de otro modo, no como resistencia.

- El tratamiento psicoanalítico tiene dos direcciones:

1) Desvelar inconsciente, analizando contenido, buscando los traumáticos (técnica psicoanalítica).

2) Analizar las resistencias. No analizamos contenidos si no los momentos en el que el paciente se defiende: *“Estabas hablando de tu madre y te has callado”* (1897)

Hoy en día seguimos utilizando ambas direcciones.

Teoría de la seducción y Teoría de la fantasía:

Hasta ahora Freud cree que todos los trastornos son por un trauma: **“Teoría de la seducción”** – Algo que sucede externamente y provoca patología.

Se da cuenta de que cada vez hay más pacientes con trauma sexual y le preocupa que su teoría se confirme todo el tiempo. También comienza un autoanálisis (coincide con la muerte de su padre) y se da cuenta que de pequeño (4 años) sentía rivalidad con su padre y amor por su madre, deseos por estar a solas con ella (deseos amorosos). La conclusión a la que llega es que sin haber sido víctima de la seducción, él deseaba que si hubiera

sucedido.

Va a cambiar de *Teoría de la seducción* a *Teoría de la fantasía*.

Teoría de la fantasía: El niño tiene fantasías que pueden convertirse en deseos sexuales, y estos pueden ser peligrosos y por lo tanto traumáticos.

Patología: Manejo inadecuado del mundo interior, de los impulsos.

Luego deduce que en muchos casos el abuso que le cuentan es una fantasía prohibida. Sale al consciente mediante recuerdos falsos.

Freud acaba reconociendo más adelante, que el verdadero trauma es la conversión de un mal manejo interno y una mala respuesta de los padres (interno y externo).

**Teoría de seducción
(premisas):**

- Sexualidad impuesta por el exterior.
- Se reprimen recuerdos traumáticos.
- El trauma es externo

**Teoría de la fantasía
(premisas):**

- Sexualidad interna
- Se reprime el deseo
- El trauma es en relación a los contenidos de su propio psiquismo.

Freud cree que la sexualidad viene de serie, pero que sea peligrosa o no será según la gestionen.

A continuación, por esta nueva teoría se produce un revuelo y

Freud sigue trabajando en nuevas teorías.

La teoría de la fantasía cree que la patología es que el sujeto está en conflicto con su mundo interior, concretamente con el deseo.

Hace falta un concepto serio sobre el deseo. El concepto de **pulsión** es el que trata de explicar como se configura nuestro mundo interior de deseos.

Hace falta explicar la sexualidad infantil.

¿De dónde viene la idea de Freud de la sexualidad infantil?

- Porque hay un uso del niño de su propio cuerpo para ser feliz (caricias).
- Curiosidad por los órganos y diferencia de sexos.
- La sexualidad del niño no solo tiene que ver con el cuerpo sino también con la psicología, los celos, el querer conquistar a alguien... hablamos de **psicosexualidad**.

Pulsi ón = Instinto + representación

Nos basamos en la acción más primitiva del ser humano, la alimentación. Somos el mamífero más vulnerable al nacer. No somos autónomos. No tenemos forma autónoma de satisfacer nuestros instintos sin los otros.

Supone que si el niño tiene hambre recibe alimento + estímulos de otros, importantes para él.

Instinto

Satisfacci ón (en relación con otro)

Necesidad

La satisfacción es biológica (come) + sensorial (estimula la boca – sensación placentera) + interpersonal (comienza experiencia de contacto total con otra persona).

El bebé siente que se funde con alguien, se siente protegido.

Siente autoeficacia al ver que consigue lo que necesita.

El cuidador ofrece una satisfacción del instinto + placer sensorial + placer interpersonal. Somos seres por naturaleza interpersonales.

El instinto (hambre) no se repite mucho, sin embargo la satisfacción sensorial e interpersonal) si se repetirán continuamente.

Freud decía que la pulsión = instinto (hambre) + representación (crea imagen de lo bien que se está mientras comemos.

Representación de cómo se satisface el instinto y el placer que conlleva).

Lo que esto significa que el niño ya tiene una idea de lo que supone que satisfagan sus instintos. No solo obtendrá la leche si no los otros instintos.

Para los adultos también (ej. Salir a cenar).

La pulsión no se sacia, busca repetirse constantemente (la pulsión sigue estando activa). El instinto se satisface de una manera rígida pero la pulsión se puede satisfacer de manera más flexible. El niño va a querer repetir esto todo el rato, pero no puede ser por un conjunto de normas = **represión**.

(Ej. El niño no puede tomar el pecho todo el rato, satisfacer su pulsión porque la madre tiene que dormir, hacerle caso a más gente...)

El destete es un acto de represión, es una manera de frenar la satisfacción de la pulsión.

La represión está en todas las prácticas culturales (los horarios,

la familia...)

La pulsión va a buscar vías indirectas de satisfacerse (maneras aceptables):

1) **Las manifestaciones del inconsciente** Aunque todas son manifestaciones del inconsciente, Freud utiliza este término solo para las cosas cotidianas.

- **Los sueños:** A través de los sueños se transforman las pulsiones, se manifiestan disfrazadas. En 1900 Freud publica *“La interpretación de los sueños”*.

- **Los intentos fallidos:** Son aquellos errores que cometemos cotidianamente que expresan deseos inconscientes.

P. Ej. Quiero volver a ver a una persona y se me olvida algo en su casa sin querer. Se hace de manera inconsciente. Llegar tarde, perder algo...

Todo esto es manifiesto. El sentido (el porque, la causa) es inconsciente, pero el hecho es consciente porque se ve, está manifiesto.

- **Chiste/humor:** La mayoría de los chistes son sexuales o agresivos (machistas, de Lepe, feministas, racistas...) a través de esto, se satisface sacar la pulsión de una manera socialmente aceptable.

2) **Los síntomas:** También expresan aspectos de nuestro inconsciente. El niño que tiene un cuadro de ingesta compulsiva, según el enfoque psicoanalista puede ser por pulsión oral (no siente el amor, tiene hambre de cariño, de cuidado...) Es un síntoma porque provoca sufrimiento.

3) **La transferencia:** Reproduzco racionalmente alguna de mis pulsiones. A través de la transferencia puedo satisfacer mis pulsiones. Ej: Hacer que mi terapeuta esté siempre pendiente de mí, actuar de forma pasiva para que me cuiden...)

4) **La sublimación:** Conjunto de prácticas culturales a través de las cuales manifestamos la pulsión de forma socialmente aceptable. La sublimación por excelencia (no es la única) es el arte. Ej. Leer compulsivamente, acudir a muchas conferencias (está ingiriendo cultura – satisfacción de pulsión oral). No sería síntoma ya que no provoca sufrimiento en la persona e incluso puede mejorar su vida.

Trauma

Deseo/ Interpretación subjetiva

- Las pulsiones se pueden satisfacer de distintas maneras = **desplazamiento**.
- Las pulsiones son el **instinto + representación** = el niño cuando satisface un instinto también se imagina lo que se obtiene con esa satisfacción.
- La representación incluye **placer sensorial** (en zonas del cuerpo) y **placer interpersonal** (situación de unión).
- Las pulsiones son esquemas de experiencias que buscamos repetir, pero en las **culturas** existen **represiones** que prohíben la satisfacción inmediata total de las pulsiones, por lo que para satisfacer esa necesidad de repetición de la pulsión se utiliza el **desplazamiento**.

Freud plantea que las pulsiones evolucionaran conforme el niño crece, y determinadas zonas de su cuerpo cobran importancia

biológica y psicológica. Entonces el niño va a experimentar el mundo a través de la experiencia que le proporcionan ciertas zonas de su cuerpo.

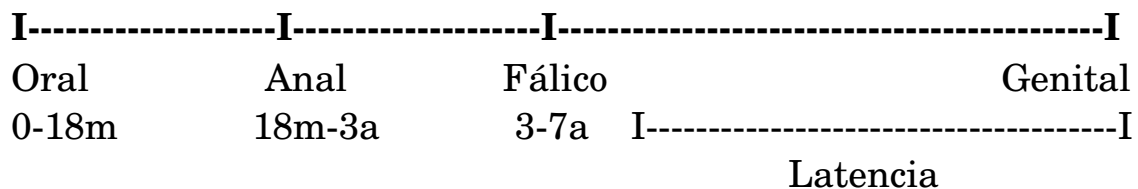
Desarrollo psicosexual

Hay varias fases que tienen que ver con partes del cuerpo que van tomando importancia para el niño a lo largo de su vida.

Cuando hablamos de estas fases, son la forma del niño (y en consecuencia, luego el adulto) de:

1. Obtener satisfacción
2. Regular la angustia
3. Organizar relaciones

Ejercemos estas tres funciones de manera específica/distinta a lo largo del desarrollo temprano.



Las funciones las tenemos que regular y satisfacer desde el principio de la vida y hay distintos formatos, por ejemplo, en la fase oral a través de la incorporación por medio de la boca:

Satisfacción: meter cosas en la boca

Angustia: Alimentación/Formas primitivas

Relaciones: Pasividad en las relaciones, la aportación constante de los demás hacia él.

* La fase anterior no pasa, se une a la siguiente.

Manera de conceptualizar las fases a día de hoy:

Las fases son metáforas de cómo se organizan tres funciones que son muy importantes:

1. La obtención de placer
2. La regulación de la angustia
3. La organización de las relaciones

Todos los seres humanos necesitamos esto desde el principio de la vida hasta el final y necesitamos formatos para organizarlos que se van aprendiendo.

Fase Oral: (0-18meses)

Experiencia corporal:

Placer asociado a ser alimentado, a la succión, a morder, etc. El placer que supone la alimentación, meterse cosas en la boca, chuparse el dedo...

Exploración del mundo físico mediante la boca. La boca es el centro neurálgico.

Expresión de la frustración mediante la boca (morder, escupir, etc.) Es importante para la frustración: Se le quita el alimento, el niño no se siente bien, y paga la frustración, mordiendo cosas, escupiendo el alimento...

****Anorexia del lactante:*** El niño sin causa aparente rechaza el alimento que le ofrecen los padres. Es una patología psicológica. Hay gran riesgo de no sobrevivir.

¿Porqué podría el niño rechazar el alimento?

Una gran parte vemos que tienen madres problemáticas con una afectación negativa hacia el niño. Madres aversivas, con mucha ansiedad (obliga al niño a meter el pecho...). Los afectos que transmite la madre son “tóxicos” (agresivas, con tensión corporal, mucha ansiedad, depresión post-parto..). Por lo que el niño percibe eso como algo tóxico: que la madre le da algo que no es agradable para él, por ello, rechaza el alimento (es su manera de defenderse).

Experiencia corporal básica (ciclos sueño-alimentación).

Experiencia psicológica/relacional:

Incorporación y apropiación. El niño vive la experiencia de la incorporación: al comer está incorporando algo que es bueno. El alimento se constituye desde el principio como algo que se comparte con los padres y que tiene un significado psicológico “*el niño se alimenta del amor de su padre / madre*”. Por eso, es una de las maneras básicas que tenemos de dar cariño: dar de comer. Me apropio de las cosas buenas, del amor del otro.

Confianza VS Desconfianza . Es el primer momento en el que el niño vive una experiencia de confianza básica. Se empieza a construir una idea de si el mundo es agradable, si se puede confiar o no. También aprende si es querido o no, si es capaz de conseguir lo que necesita o no, si los que están a su lado pueden hacerle daño o darle cosas buenas...

Experiencias socio-emocionales básicas: consuelo, fusión, sostén, etc.

Respuestas parentales (Gestión de los padres de esas pulsiones):

Alimentación. Patrones: a demanda, mediante horario, etc.

Madre disfruta de la lactancia o lo experimenta con malestar. Hay madres que disfrutan de la lactancia y otras que lo viven con ansiedad, con miedo.

Destete = Conductas que se hacen para que el niño abandone la lactancia.

- *Destete prematuro:* Antes de que el niño haya regulado afectos, etc. Afecta al desarrollo psicológico.

- *Destete a tiempo.*

- *Destete tardío:* Más tarde de lo que se espera, esto también afecta al desarrollo psicológico.

Con el destete te vas retirando de dar ese cariño tan básico y primitivo.

Sensibilidad y responsividad frente a las necesidades básicas del niño. Hay que saber cómo experimentan los padres su rol de dar cariño a alguien que es completamente pasivo y demandante. Hay gente que no lo vive bien. No hay un intercambio, hay una exigencia por parte del niño.

Posibles formas de fijación (*Regresión en la vida adulta si la fase fracasa*):

Pasividad, dependencia. Necesidad de que todo el rato los demás me den cariño, me cuiden, me nutran afectivamente.

Desconfianza, inseguridad básica.

Sentimientos de vacío, angustia de fragmentación, etc.

Uso ansiolítico masivo del alimento (o experiencias equivalentes: drogas, sexo, compras, etc.).

* *Obesidad infantil:* En el caso de los patrones de ingesta compulsiva, suele ir muy acompañado de que los padres no están en casa, no dan afecto (o no a tiempo) padres poco disponibles o físicamente o afectivamente. Compensan esta carencia

incorporando otras cosas de forma compulsiva. Suelen ser personas pasivas.

Placer: Meternos cosas agradables en la boca (necesidad de satisfacción constante).

Relaciones: Recibir las cosas de forma pasiva de otro.

Angustia: Forma de regularla muy primitiva.

+ En este momento es especialmente importante para el niño recibir alimentación, que le permite sobrevivir y recibir cariño.

Cuando hablamos de un **sujeto oral** estamos hablando de una persona pasiva, que necesita mucho del otro, que regula la angustia de forma muy primitiva...

Fase Anal: (18m – 3a)

Experiencia corporal:

Placer asociado a la defecación.

Placer asociado a la retenci ón de heces.

Según Freud cobran importancia las funciones de la excreción. Al niño le supone placer, estímulo, el defecar. Y también cuando retiene las heces, por la sensación de control. Además la tensión intestinal provoca placer y cuando sale, después de haberlo estado aguantando, provoca más placer.

Mayor experiencia de control sobre funciones corporales.

Es un poco más autónomo corporalmente. Tiene sensación de control en cuanto a la excreción.

Mayor autonom ía en el movimiento y en las capacidades de manipulación del entorno físico. El niño por su edad ya puede manipular el entorno, puede empezar a manipular el

lenguaje, desplazarse.... Esto de por si da placer (explorar el mundo con el cuerpo).

Experiencia psicológica/relacional:

Retención – eliminación: - Los padres van a estar preocupados por si el niño hace caca o no, por lo que el niño siente que reteniéndola, tiene cierto control afectivo sobre sus padres. Es una experiencia psicológica que se asocia a la retención como manera de organizar las relaciones. Este tema está cargado de ambivalencia: Los padres se alegran cuando el niño hace caca y el niño siente que con algo que da él, hace feliz a los demás – es bueno para el otro. Cuando empieza la educación del control de esfínteres, se transmite otro mensaje: “Esto aquí no se hace”, “que asco”, “Esto se hace a puerta cerrada”.

Autonomía VS vergüenza/duda. Erikson habla de la lucha entre la autonomía y la vergüenza y la duda. El niño ensaya sus nuevas capacidades corporales, y pueden existir dos opciones:

1. Que el niño se sienta más autónomo y capaz (autoeficacia/autonomía).
2. Que el niño se sienta avergonzado por prohibirle la exploración o castigarla (vergüenza)

Sentimiento hacia lo interior del cuerpo y del psiquismo: asco, orgullo, vergüenza. Es el primer momento en el que empezamos a tener una relación con nuestro mundo interior, con lo que tenemos dentro. Todos nosotros tenemos una relación más o menos buena con lo que sale de nuestro interior: miedos, deseos, fantasías... El niño empieza a saber si lo que tiene dentro es aceptable o no es aceptable – si da vergüenza, da asco, crea rechazo...

Primera hostilidad individuo-medio.

Este manejo del cuerpo tiene una explicación psicológica asociada:

- Los padres van a estar preocupados por si el niño hace caca o

no, por lo que el niño siente que reteniéndola, tiene cierto control afectivo sobre sus padres. Es una experiencia psicológica que se asocia a la retención como manera de organizar las relaciones.

- Quieren controlar el entorno tanto físicamente como psicológicamente.

- Lo mismo puede ocurrir con el tema de la expulsión – puede molestar a sus padres (sabe que al otro le da asco, que es desagradable...). Por ejemplo: hacerlo en un sitio público...

Comienzo del oposicionismo. Surge el oposicionismo. El niño empieza a poder decir que NO. Es una función básica para el adulto. El niño empieza a tener rabietas, se mide en la fuerza de la autoridad de los padres. Siente que con el NO gana autonomía y eso le da placer.

Comienzo de las inhibiciones.

Respuestas parentales (Gestión de los padres de esas pulsiones):

El niño ya no los necesita todo el rato, explora el mundo solo, y ya no obedece tanto.

Entrenamiento en el control de esf ínteres. Patrones: prematuro, severo, indulgente, etc. Tenemos padres que son muy exigentes con el tema de los esfínteres: Les exige que aprendan rápido, muy pronto, y esto puede generar mucha angustia en el niño ya que él no es capaz de controlarlo, y por otro lado, crece sintiendo que lo que tiene dentro no es bueno (crea rechazo). Esto puede provocar perfeccionismo, obsesión por el orden, la higiene...

Apoyo de los intentos de autonom ía y las exploraciones del niño VS restricción/humillación. Los patrones de sobreprotección o de autoritarismo puede crear un problema y dar paso a la vergüenza y la duda en vez de a la autonomía.

Actitudes hacia lo corporal, los impulsos.. etc.

Posibles formas de fijación (Regresión en la vida adulta si la fase fracasa):

Perfeccionismo, obsesión por el orden y la higiene, compulsiones.

Oposicionismo tenaz. Sadismo. Todo el rato oponiéndose a la voluntad del otro porque siente que sus procesos de autonomía no se han desarrollado (padres sobreprotectores, etc.) y quieren tener un control sobre el otro (como yo no tengo control sobre mi mundo interior, para equilibrarlo controlo el del otro). Hacer sentir al otro vergüenza, fracaso... En los niños se ve a través de los juegos, en los que siempre gana él y pierdes tu.

Inhibiciones.

Fuerte actitud retentiva: ahorro, avaricia, etc.

Fase fálica: (3-7 a)

Experiencia corporal:

Placer asociado a la autoestimulación en la zona genital. Hay cada vez un interés mayor por la zona genital (mucha curiosidad- se tocan, se comparan entre ellos, les hace gracia cuando tienen una erección...). Es inocente por parte del niño pero si se le empieza a aplicar la norma (no le dejan estimularse, tocarse), si se incluyen aspectos culturales y psicológicos si puede llegar a ser conflictivo para el niño, y puede crear alrededor de este tema sentimientos de culpa. La estimulación de genitales es importante porque siente orgullo se dan cuenta que tienen algo ahí y se sienten orgullosos. Suele ser una época “exhibicionista”.

Mayor fuerza y destreza corporales. El nivel de control sobre el propio cuerpo ha aumentado, ha adquirido vigor corporal (manipula el entorno, es capaz de luchar con otros...)

Capacidad de romper cosas, hacer da ño... etc. Además el control del cuerpo también le permite darse cuenta de que puede hacer daño (ser destructor, luchar con otros...)

Experiencia psicológica/relacional:

Inter és por la diferencia anatómica entre sexos. El niño se percata de la diferencia anatómica de sexos. Se dan cuenta de que hay algo que unos tienen y otros no. Según Freud “El pene se reviste de una importancia muy grande”. Alrededor del pene se experimenta el orgullo. Los niños no entienden que el no tener pene no es no tener nada, por eso lo ven como algo valioso.

Iniciativa VS culpa El sentimiento de culpa comienza con la consciencia del niño de que puede hacer daño. El niño se enfrenta al hecho de que sus padres le están disciplinando. El niño intenta dominar al otro y los padres le ponen límites. Se alternan continuamente el orgullo y el miedo al castigo. Sullivan lo denomina: “Fase de desvalorización del yo”.

Actitudes f álicas: intromisión, conquista, seducción, rivalidad, etc. Los temas de la conquista se vuelven importantes. Los niños se entrometen en cosas de adultos. Intentan seducir, ser el centro de atención. Esta cuestión de “Quién soy para los demás” comienza a gestionarse aquí. Para las niñas la conquista tiene formato de seducción: ser atractivas (ponerse guapas, usar bolso como mamá...) y los niños mediante la fuerza. Hay una búsqueda del niño de dominar al otro. Nos encontramos con el niño que quiere ser el mejor, que se pone celoso del hermano... Junto a este sentimiento está también el orgullo porque tenemos un cuerpo más fuerte.

Complejo de Edipo (Se explica más adelante).

Miedo al castigo (angustia de castración) El niño ve que sus progenitores son más fuertes que él, y pueden hacerle daño con la finalidad de que se adapte a las normas sociales.

Identificación con roles de género

Respuestas parentales (Gestión de los padres de esas pulsiones):

El equilibrio entre dejar que el niño seduzca y los límites es lo correcto.

Respuesta a la conducta sexualizada del niño. Patrones: disfrute, tolerancia, rechazo, humillación, sobreestimulación, etc. Lo normal es que haya tolerancia.

Introducción del castigo y de la amenaza. Gestión de la autoridad. Los padres deben introducir patrones de disciplina. Si tenemos padres inseguros o con autoestima baja, pueden activarse defensas como castigar severamente, alejarse de él...

Gestión de la triangulación: relación entre cónyuges y con el niño. En las familias con conflicto conyugal puede haber problemática. La madre no pondrá límites al hijo, jugando al mismo juego que el niño triangulación. También denominado una tendencia a la seducción por parte de los padres.

Posibles formas de fijación (Regresión en la vida adulta si la fase fracasa):

Dificultad en la transición del auto-erotismo a formas de sexualidad interpersonal.

Carácter fálico: Devaluación de los otros, rivalidad, dominancia, actitudes interpersonales agresivas.

Desarrollo de carácter dominante muy competitivo. Necesita seguir conquistando porque inicialmente no se quedó satisfecho.

Inferioridad y sumisión. El niño ha aprendido que cualquier intento de conquista es castigado.

Experiencia del sexo incompleta, conflictiva, insatisfactoria, etc.

Todo lo que hemos visto es desarrollo normativo, pero puede salir mal alguna fase:

Fijación:

Según Freud, cuando alguna fase sale mal, el individuo va a utilizar la modalidad pulsional correspondiente con mucha frecuencia. Cobra una presencia excesiva.

- Los adultos funcionamos con una mezcla de modalidades, un poquito de cada una - equilibrio en el uso de las pulsiones. Pero sin embargo, cuando una sale mal: Fijación, desequilibrio...

Según Freud, hay las mismas pulsiones que fases (según el profesor no).

¿Por qué sucede la fijación? La fijación puede suceder por no sacar pulsiones, no poner límites o situaciones de privación.

¿Por qué algunas fases salen mal?

1. Represión excesiva: Pulsión insatisfecha; buscamos compensar aquello que nos ha faltado.
2. Sobresatisfacción: El niño no necesita aprender formas de funcionar maduras; por ej: si siempre tratamos al niño como un

bebé, no necesitará autonomía, por lo que no avanza.

Tanto si damos poco o demasiado, el psiquismo no avanza hacia una modalidad más madura. Lo normal es que las fijaciones se manifiesten ante situaciones estresantes en la vida de la persona. Es un **modo de regular la angustia**.

Complejo de Edipo:

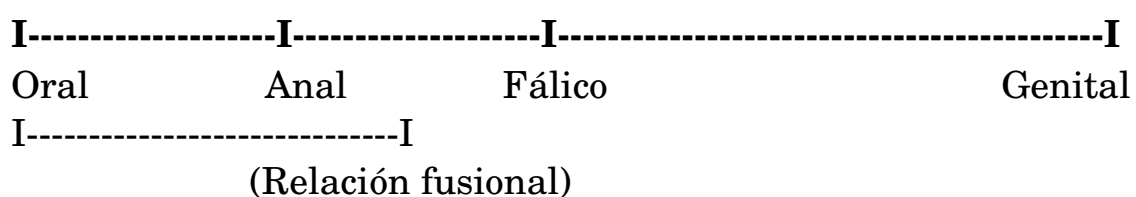
Proceso que está en la fase fálica y la define (3-6 años). Se llama así por la tragedia de “Edipo Rey”.

A Freud le parece que la fascinación que produce esta obra se debe a que habla de aspectos de nuestro funcionamiento emocional básicos reprimidos.

*Edipo significa pies hinchados.

Freud bautiza estos procesos “Complejo de Edipo” por:

- Los deseos sexuales hacia la madre
- Los deseos agresivos hacia el padre



Relación fusional entre el niño y la madre: hasta los 3 años el niño y la madre se experimentan el uno al otro como una misma cosa. El niño experimenta que en el mundo lo único importante para él es su madre y viceversa. El niño percibe que para la madre lo único importante es él. Esto tiene nombre: **Célula narcisista**. El nombre lo ponen autores que reinterpretan a Freud.

Célula narcisista: Se le llama **Célula** porque ellos se experimentan como una unidad independiente constituida por dos personas que se completan y necesitan mutuamente.

Narcisismo viene de “sentirse completo”. El niño se siente completado narcisistamente. *(Las fases de enamoramiento tienen estas fases. Debajo de los celos patológicos hay esto también).*

Requisitos en el complejo de Edipo:

1. **Exigencia de separación física** de su madre y su padre (progresivo).

2.
percibe
independientes
triangulación

DESEO
AGRESIVIDAD

Triangulación: Niño
relaciones afectivas
de él (es diferente a la
sistémica).

El niño se da cuenta de que la madre tiene una relación con el padre. Mira a otro que no es él. La madre tiene necesidades con este tercero, le busca, es objeto de deseo. Esto es **imprescindible**.

A la figura del padre la denominamos “tercero”: también puede ser un hermano, el trabajo...

Si esto no ocurre luego habrá patología. La madre tiene que ser capaz de salir de la célula narcisista que tiene el niño.

Esto produce en el niño una “*herida narcisista*” en el niño; cuando se da cuenta de que no es todo para la madre. Esta constelación de experiencias provocan la herida, la experiencia de que no somos omnipotentes ni toda la existencia del otro. Esta herida narcisista la forma parte del desarrollo de todo ser humano.

El niño comienza a hacerse autoconsciente. Un niño con una madre extremadamente fusional será más narcisista.

¿Cómo reacciona el niño ante la exigencia de separación física y la triangulación?

Puede reaccionar agresivamente o sumisamente. Si responde sumisamente puede ser por amor a la madre o por “miedo a la castración”. Piensa que ese adulto es más fuerte, luego podrá hacer más daño.

El niño comienza a alternar Rivalidad (agresividad) y Miedo (angustia de castración).

MIEDO
ANGUSTIA DE
CASTRACIÓN

PERDIDA DE
AFECTO
CASTIGO

Los dos sentimientos básicos son el deseo y la rivalidad:

- El **deseo** hacia el progenitor del sexo opuesto (según Freud, era un deseo sexual. No tiene porque ser el acto en sí pero la relación si implica lo físico); No siempre es sexual pero a veces si. Quiere

conquistar, seducir a la madre (hacer cosas que hace el padre... etc.). En muchas instancias es a nivel consciente.

- La **rivalidad** con respecto al progenitor del mismo sexo o en general a cualquier tercero.

Los dos sentimientos básicos se alternan con la agresividad y el miedo. El miedo tiene que ver con la experiencia de vulnerabilidad.

El **miedo a la castración** nos lo podemos encontrar, pero muchas veces el niño no le da tanta importancia al pene, hasta que ve que los adultos le dan importancia a que no se toquen, porque está lleno de perjuicios. Se le mandan mensajes al niño de que alrededor de esa parte hay mucho prohibido, fascinación, tabú... Y el niño proyecta ahí sus angustias infantiles.

Fenómeno de satelización: Ausvel y Sullivan El niño va a estar todo el rato con los padres para compensar el sentimiento de que es pequeño, vulnerable... se pega todo el rato al más fuerte.

El niño está en conflicto entre el deseo y el miedo, sentirse vulnerable y sentirse fuerte, entre luchar y el miedo al castigo...

¿Cómo va a superar el niño estos conflictos?

Hay dos miedos importantes:

1. El miedo a la pérdida de afecto (rechazo).
2. El miedo al castigo (castración, que me hagan daño...).

Por estos miedos el niño **reprime las pulsiones** agresivas y sexuales que tiene. Tiene que renunciar a ellos porque es la única forma que el niño percibe que puede sobrevivir conservando el afecto de los padres, ya que de la otra forma está condenado a perder sus enemigos son demasiado fuertes.

PERO... la represión nunca es una solución definitiva, al final acaba intentando ser satisfecho por vías indirectas, salir transformado Regla psicoanálisis.

¿Qué hace entonces el niño?

El niño se **identifica** con el padre con la esperanza de que algún día pueda conseguir lo que el padre tiene.

Se va a identificar con el progenitor del mismo sexo porque quiere lo que él tiene:

- La relación con la madre
- La autoridad, la fuerza...

PULSIÓN

IDENTIFICACIÓN

BARRERA DE REPRESIÓN

Se pone del lado del enemigo porque es demasiado fuerte intenta ser como él, adoptar su estrategia. De esto surge uno de los mecanismos más importantes: **EL SUPER YO**.

EL SUPER YO contiene:

1. Prohibiciones
2. Ideales

Todos tenemos súper yo (es como la parte moral de nuestro comportamiento psicológico).

“Cuando me porto mal, aunque nadie se entere, me siento culpable porque tengo un mecanismo interno (EL SUPERYO) que juzga mis acciones y me castiga moralmente”.

Es muy importante porque ya no necesitamos un vigilante externo. Hemos incorporado al vigilante a nuestro interior, precisamente porque nos hemos identificado con ese vigilante que nos frustraba – “*Eso no se hace*”...

Está ensayando a sus figuras adultas, por eso luego va al colegio por ejemplo y les reproduce a los demás niños esas reglas que a él le han inculcado para parecerse a su padre. (Por ejemplo, va al colegio y ve que un niño está mintiendo y le dice “Eso no se hace, no se miente”.)

El SUPERYO también nos aporta una fuente de autoestima. Igual que es una fuente de culpa cuando lo hacemos mal, cuando lo hacemos bien es una fuente de autoestima (ideales) A quien aspiramos ser, en quién queremos convertirnos... Nos permite tener un modelo interno de quien deseamos ser.

Si este SUPERYO se construye con debilidades, esto también puede afectar a nuestra autoestima. Adoptamos no solo las cosas buenas, si no también lo demás. Adoptamos de los demás el mecanismo para ser felices.

Además de todo lo que hemos venido hablando, es importante valorar las **respuestas de los padres**.

El gran reto de los padres es encontrar una respuesta equilibrada entre la seducción y la amenaza/castigo.

Las respuestas que más ayudan al niño a encontrar un equilibrio es una que esté entre estos dos conceptos.

El niño intenta recuperar algo de ese narcisismo (exhibicionismo, seducción...), intenta obtener un lugar equivalente al del padre.

Los padres podrían responder:

1. **Desde la seducción** “ *Claro que si hijo, tu eres el mejor*”

“Papá no nos entiende” “Solo tú me entiendes” y proactivamente ellos a veces también hacen por seducir al niño *“Solo yo te entiendo a ti”*. Aquí estaríamos en un caso extremo. En un equilibrio está bien, también se tiene que permitir al niño alguna victoria y algo de seducción. Cuando hay poca seducción el niño va a desarrollar inseguridad – la herida narcisista va a ser demasiado grande. = En el caso extremo: SOBRESATISFACCIÓN.

2. Desde la amenaza/castigo Se le amenaza constantemente con castigarlo, se le castiga con dureza. Padres autoritarios, persecutorios – el niño vive en un estado de alerta, miedo. Inculcar mucha culpa al niño... En este extremo el complejo de Edipo se desarrollaría mal – la angustia por la castración/pérdida de afecto aumenta mucho. = En el caso extremo: FRUSTRACIÓN EXCESIVA.

Tienen que existir los dos pero en una medida equilibrada. Dejar que el niño se sienta que le quieren y que a veces es el mejor etc. ... y a su vez, frenar las pulsiones del niño. Los límites son buenos para que él controle esas pulsiones, esos impulsos. Si lo consigue todo eso también da miedo porque está consiguiendo cosas que no es capaz de regular, manejar.

Sobresatisfacción	Seducción Amenaza	Frustración
	Equilibrio	excesiva

Estos dos extremos (la sobresatisfacción y la frustración excesiva) dan como resultado patologías: las fijaciones.

Tenemos que estudiar en las respuestas de los padres la etapa edípica (esto es muy importante):

- Cómo viven ellos mismos la triangulación, la del niño y la de los padres.
- Cómo se ha desarrollado el Edipo de él con sus propios padres.

En el Complejo de Edipo están triangulados todos.

Padre = Puede tener el síndrome del príncipe destronado (que la mujer lo atiende mucho menos, le da más amor al bebé...). El padre está celoso. Si lo viven con mucha herida narcisista, muchos celos, competitividad, puede haber problemas.

Madre = Puede vivir con mucho dolor que el niño tenga autonomía, que ya no la necesite tanto, que haga cosas solo... etc.

La experiencia temprana se reproduce una y otra vez en la experiencia adulta especialmente cuando se tiene un niño. (Su complejo de Edipo afecta al complejo de Edipo del niño). Hay una transmisión intergeneracional en los conflictos psicológicos: los traumas tienden a heredarse, porque los padres los proyectan en sus hijos.

Conceptos importantes en el CDE:

Célula narcisista: Conjunto de experiencias que hacen sentirse al niño y a la madre muy unidos. Es una condición básica en el desarrollo del ser humano. Para que se produzca, la madre también tiene que sentirse fusionada con el niño.

Experiencias precursoras del CDE:

1. Exigencia de separación
2. Triangulación
3. Percatación de diferencia de sexos.

Complejo de Edipo: Experiencias pulsionales
Deseo por el progenitor del sexo opuesto – Seducción; y rivalidad con el progenitor del mismo sexo – con un tercero.

Herida narcisista: Se da cuenta de que es pequeño, vulnerable, de que no lo tiene todo.

Angustia:

- Por castración – que sus padres le hagan daño como consecuencia de sus deseos.
- Por pérdida de afecto: Rechazo.

El miedo simbólico surge a partir de los 3 años. Siente que tiene deseos que pueden llevarle al castigo y siente que es muy pequeño para defenderse.

Conflicto:

- Experiencias pulsionales y angustia. La solución que pone el niño es reprimir las pulsiones, pero no dejan de existir, solo se quedan en el inconsciente. Esa pulsión necesita una satisfacción indirecta. Luego se identifica con su padre.

Identificación: Si me identifico con este rival puede que consiga lo que tiene él y me evito que me haga daño. Provoca que se instale el SUPERYO.

SUPERYO: Mecanismo interno de regulación moral, nos permite distinguir lo que está bien o mal sin necesidad de un supervisor exterior. Cuanto más moralistas sean los padres, más radical será el SUPER YO. El contenido puede cambiar pero el grado de culpa se interioriza. Está compuesto por ideales – autoestima y prohibiciones – culpa.

Complejo de Edipo en las niñas:

Freud construye el modelo de salud en la figura del hombre: falocéntrico.

¿Cómo explico el deseo al padre si la célula narcisista es con la madre? Para explicar que la niña comience a tener deseos con el padre, Freud dice que la niña ha sufrido una decepción.

Como ya sabemos, tener pene supone experimentar orgullo y la niña se da cuenta de que no tiene, de que su madre tampoco.

Interpretación: *“Mi madre tiene la culpa de que yo no tenga pene”*
“Si mi madre me ha dado a luz y vengo con una carencia, la culpa es de ella, me ha hecho mal”. – Envidia de pene.

La niña va a buscar al padre porque tal vez conquistando al padre puedo obtener una compensación o un sustituto del pene: un hijo. Para la mujer el hijo es el sustituto simbólico del pene. La experiencia de superioridad la alcanza a través de tener un

hijo. El niño busca el poder siendo el más fuerte, y la niña siendo la mamá. Buscan orgullo, iniciativa...

Antes del SUPERYO el niño investiga ambos roles, si se resuelve bien el CDE el niño o la niña se interesa por su papel. Al final se resuelve no por miedo a la castración, sino por miedo a la pérdida de afecto.

S íntomas:

Los síntomas surgen cuando hay un conflicto psicológico que trata de manifestarse (un conflicto inconsciente). Los síntomas ofrecen un beneficio secundario, pero hay que entender lo que hay debajo, no se explica solo por las consecuencias beneficiosas que tiene para el sujeto.

Pulsión: Fuerza interna que trata de repetirse y descargarse y que se encuentra con la represión. Hay ocasiones en las que la pulsión se hace peligrosa, conflictiva (necesidades, fantasías, deseos...). Las dos condiciones que conducen a que una pulsión se haga peligrosa son:

1. Sobresatisfacción: Pulsión no contenida, no controladas, dan miedo.
2. Frustración excesiva: Se asocia la pulsión a castigo, amenaza.

El psiquismo reprime todo aquello que se ha convertido en peligroso con especial fuerza para que el psiquismo esté equilibrado. Sin embargo, hay momentos en la vida o etapas evolutivas, acontecimientos que provocan un incremento en la fuerza de la pulsión. Ahora hay un conflicto inconsciente: la pulsión quiere salir pero el psiquismo la reprime. Esa pulsión va cobrando fuerza. Una manera de solucionar esto es crear un síntoma, que sirve como alternativa a este callejón sin salida: síntoma obsesivo, fobia, depresión, trastorno del sueño... etc.

Es importante el concepto: **Solución de compromiso** – el psiquismo encuentra una manera en la que la pulsión sigue reprimida, pero a su vez se descarga por otro lado (vía de salida indirecta).

El síntoma siempre sustituye algo.

El psiquismo consigue una solución de compromiso, satisface ambas fuerzas. Para la persona es más cómodo estos síntomas (aunque sean desagradables) que la pulsión que da tanto miedo. Además nos permite un equilibrio interno, tener reprimidas ciertas cosas que no queremos reconocer.

Ahora que entendemos lo profundo, nos podemos fijar en la parte más superficial del síntoma.

Beneficios del síntoma:

1. Descarga parcial de la pulsión (desplazada, indirecta...)
2. Permite mantener un equilibrio emocional (si el conflicto inconsciente se pone de manifiesto, el psiquismo prevé que puede desequilibrarse). El beneficio secundario provoca un equilibrio emocional y a veces social también, el sistema puede sobrevivir.
3. El síntoma permite que se de una cierta expresión del conflicto, el síntoma tiene un significado simbólico – *no se confirma en todos los casos pero hay que tenerlo en cuenta.*
Ej. Cuadro obsesivo-compulsivo Expresa de forma simbólica el conflicto, por ejemplo, la agresividad etc., pero no siempre hay una relación de significado, pero a veces sí.

¿En qué situaciones o cuando surge el síntoma de la persona?

Hay factores precipitantes que le dan fuerza a la pulsión. Los momentos vitales lo que hacen es darle fuerza a la pulsión. Saber cuando surge el síntoma nos permite conocerlo mejor, es importante saberlo.

Conflictos inconscientes: No solo las pulsiones provocan síntomas. Cuando hablamos de conflictos inconscientes, podemos estar hablando de:

1. Pulsiones peligrosas reprimidas

2. Lucha entre pulsiones
3. Traumas que tratan de salir en forma de recuerdos.

La publicidad y el consumo

¿Porqué las personas compramos cosas que no nos hacen falta?
Nos proporciona placer pero también tiene que ver con nuestro mundo interno.

Video – **El siglo del yo: S.XX Surge el individuo consumista.**

Hemos visto que anunciamos contenido prohibido introduciendo imágenes/frases que nos hagan de puente (eslogan).

Desplazamiento
Sexo -----> Producto
símbo,imag,eslogan...

El producto no solo satisface pulsión, sino que también nos da una identidad. Narcisismo – yo me quiero más o menos en función de cómo me mira el otro.

Recursos del anuncio para persuadir:

- **Desplazamiento:** Algo de nuestro interior que busca salir, sale o se satisface de manera indirecta. Proceso básico del psiquismo. Esto tiene mucho que ver con la publicidad, ponen una serie de recursos intermediarios – elementos puente (símbolos- los personajes famosos son símbolos (Nadal – éxito, clooney – atractivo), imágenes, eslogan...) para crear la asociación con ese contenido inconsciente. (Gráfico de arriba)
- **Pensamiento mágico:** Asume que lo que uno desea se puede conseguir inmediatamente y con facilidad. Muy propio de la mente infantil. Lo contrario a hacer una

afrentación real de los problemas. El anuncio nos hace regresivos, activa formas de pensamiento arcaicos, infantiles. El anuncio tiene recursos para que el pensamiento racional se detenga: velocidad, colores, mucho contenido/sobreestimulación, música, efectos especiales, volumen... ***la invasión sensorial ralentiza el pensamiento.***

- **Seducción:** El modelo actual no nos quiere dar información, nos quiere seducir. No tenemos información del origen, de cómo se usa, si es mejor o peor que otros, solo sabemos que nos apetece.
- **Lógica de la amenaza:** Activa un funcionamiento infantil. El niño evita hacer cosas para que no le castiguen, cae a la lógica de “No pierdas esto. Si pierdes esto eres tonto.” “Si no hacemos algo, perdemos algo”. La gente funciona para evitar algo malo: ser castigado, perder algo... esto es muy infantil.
- **Frenar el pensamiento:** Lo hemos visto ya en desplazamiento pero hay que tenerlo en cuenta: la música, el color, la rapidez de imagen, la sobreestimulación y los símbolos de alto poder afectivo ralentizan el pensamiento. Se detiene el pensamiento (la racionalidad) y se despierta la emocionalidad.
- **Animismo:** Los objetos inanimados pueden tener vida. Típica fantasía infantil. De nuevo en los anuncios despiertan ese pensamiento infantil, se activan procesos inconscientes e infantiles. No es lo más habitual pero se usan como recurso.

*** *Los recursos se combinan.***

- **Mirada (Punto de vista):** Tengo un producto que quiero promocionar y quiero que el que lo vea se sienta implicado, quiero hacerle protagonista o partícipe del anuncio. Por ejemplo: Cámara subjetiva = Identificación = Como si la

cámara fueran tus ojos. Haces que la persona se identifique con el protagonista y ahí poder introducir un mensaje narcisista.

¿Cómo se han manejado los roles de género en los medios audiovisuales en occidente?

Cuando comienza el capitalismo, comienza a verse a la mujer como pasiva y dominada, sumisa; y el hombre con ser activo y dominante. Este esquema se repite en muchísimos cuadros - arte (los hombres miran fijamente, la mujer pasiva, distraída – nosotros la miramos a ella, ellos nos miran a nosotros).

Con el S. XX las vanguardias, el feminismo y las revoluciones tanto en el arte como en la política y otros ámbitos, las mujeres empiezan a cambiar, también pueden mirar, pueden controlar. Se empiezan a invertir los roles de género. La publicidad va a jugar con esto: la liberación sexual, el dominio, y va a jugar con los puntos de vista: *“si tu utilizas este producto podrás sentirte más fuerte, más autónoma, más dominante, puedes enfrentarte al género masculino.”* Es un poco una sensación de ilusión ya que todavía no existe una igualdad plena, es una fantasía y juega con esa fantasía.

Ejemplo: Anuncio Baileys – mensaje de liberación femenina y sexualidad. Simbología de fuerza, dominio, control. Invierte los roles tradicionales (símbolos que se asocian a los hombres). Actitudes fálicas (el otro está pasivamente esperando a que yo haga algo/yo domino). Nos ofrece la esperanza de que algo que es importante para nosotros se puede solucionar en un ámbito en el que nunca podrías solucionarlo.

Liberación

Dominio sexual femenino -----> Baileys

Actitud fálica

Ejemplo: Anuncia Blackberry – Éxito social. Pertenencia a una grupo. Nos promete una identidad, se queridos, deseados... Contenido sexual: Dos chicas con un estado de conciencia posiblemente alterado. Camiseta de leopardo, pelo rojo: nos remite a pasión, al sexo. El de atrás, está en una actitud claramente sexual. X las expresiones faciales... el eslogan “Estás dentro”, también nos remite a coito (frase ambigua...: estás dentro del grupo, estás dentro del coito).

Modelo de la compulsión a la repetición (fenómeno inconsciente):

Las personas se dedican a reproducir situaciones que han sido dolorosas o traumáticas. Nos lo encontramos en pacientes que están mejorando. Es una tendencia en personas traumatizadas a repetir el trauma que no han podido resolverlo. En mujeres víctimas de maltrato de género, vuelven a salir con maltratadores.

1920 – “*Más allá del principio de placer*” (Freud)

Principio de placer: Las pulsiones tienden a descargarse, el organismo busca constantemente satisfacer la pulsión. Si no lo consigue encuentra una satisfacción sustitutiva.

Freud sin embargo, se encuentra con casos clínicos que cuestionan el principio de placer:

Fenómenos clínicos -

1) Neurosis de guerra: Tienden a re-experimentar escenas de la guerra. Flashbacks.

Se revive constantemente el trauma de la guerra. Aquí no hay satisfacción, no produce ni cubre ninguna pulsión reprimida.

2) Juego infantil/juego traumático: Reproducen sistemáticamente aspectos del trauma en el juego, juego caótico, desordenado, muy repetitivo. Juego traumático y re-traumatizante. Fenómeno muy rígido, el niño persiste en hacerlo.

3) Transferencia: El paciente se dedica a conseguir que el terapeuta reproduzca ciertas patrones relaciones que son traumáticos para él. Por ejemplo: Una persona que siempre ha decepcionado a su padre, decepciona al terapeuta – reproduce una relación emocional negativa.

- Importante saber cuales son los patrones de relación del sujeto.

¿Por qué sucede la compulsión a la repetición?

Por la lógica transferencial como transferencia, por el beneficio secundario o por la identidad.

Freud habla de dos posibles funciones:

1. Controlar: Obtener control. Repetirlo me da la impresión de que la próxima vez podré controlarlo. Esperanza inconsciente de que lo controlaré. Convertir lo pasivo en activo.
2. Comprender/Procesar: La experiencia traumática sucede con pasividad y con incompreensión. Es incomprensible para un niño que su figura de apego sea a la vez una figura de amenaza. Es improcesable. La mente no ha sido capaz de procesar esa situación completamente.

¿Qué hace que una experiencia sea traumática? – Hemos sentido que éramos indefensos y que no podíamos procesarlo.

Años 80: Investigación en el estrés postraumático empírico. Se observa que cuando sucede hay un estado disociativo. Pérdida de contacto con la realidad. Lo que se produce es que no se registra bien la información del trauma, por eso luego trata de procesarse una y otra vez.

La memoria es una red de asociaciones. Lo que nos cuesta es meter el trauma en esa red que constituye nuestra identidad y la concepción del mundo. En la compulsión a la repetición intentamos ligar ese contenido traumático a la red reprocesando esa información. Esto tiene que ver con la descarga por asociación. Tiene que ver con el reprocesamiento narrativo.

Tema 2: Teoría de placeres objetales

2ª gran tradición del psicoanálisis.

Segunda década del S.XX comienza a escribir Melanie Klein, aunque también hay otros autores.

Melanie Klein era una mujer que tuvo problemas psicológicos, y relaciones tempranas complicadas sobre todo con su madre.

Psiquismo frágil. No trabaja con el mismo tipo de pacientes que Freud. Freud tenía a neuróticos (mentes organizadas con conflicto) y Melanie con niños y pacientes psicóticos.

El modelo de la mente será diferente: la estructuración del psiquismo es mucho menor. Juicio más invasivo, trataremos con mecanismos internos más primitivos.

A los autores les preocupa mucho como representamos el mundo y como nos representemos a nosotros. Hay un interés por la organización de la experiencia y por las representaciones.

Nuestra experiencia la configuran miles de estímulos, los organizamos y les damos sentido. Esto es constante. En este modelo se preguntan como organizamos la experiencia emocional.

- **Metáfora del bebé:** Metáfora o modelo de organizar experiencias – Klein nos va a hablar de procesos psicológicos que no son realistas en un bebé- Pueden serlo en adultos. **¿Cómo organizamos la experiencia?/Freud - ¿Cómo gestionamos pulsiones?** No nos interesa pensar en pulsiones.

Nos ponemos en la piel de un bebé que tiene hambre: dolor, frustración, angustia, abandono, indefensión, enfado. Estas

emociones las tiene el niño en una experiencia de displacer.

Cuando entra la madre y le da placer (de comer): Bienestar, protección, amor, omnipotente, control...

Para el bebé, esto son dos experiencias distintas, cada emoción se vive en un nivel de intensidad total.

Los adultos no vivimos tan intensamente estas emociones, organizan las emociones de manera más compleja. Se viven las emociones con matices. El bebé vive la emoción de forma extrema e intensa.

Podemos decir que la mente infantil organiza las experiencias de placer y displacer en polos opuestos:

Displacer (-) => Devaluación

Placer (+) => Idealización

Algunos adultos frente a determinadas situaciones de mucho dolor o mucha crisis tienden a organizar la experiencia de esta forma. Si me hacen daño, rabia extrema, yo soy completamente bueno y el otro completamente malo.

Países con totalismos acaban organizando la realidad así. Tanto la mente individual como colectiva funciona así ante situaciones de crisis.

Cada una de estas experiencias de placer/displacer trae consigo una representación de uno mismo y del mundo:

Placer Representación idealizada del otro y de uno mismo. El niño siente que su madre es perfecta, completamente buena y se siente bueno. Freud diría “*el niño siente placer*”. Klein dice que además tienes representación de ti mismo y del mundo.

Displacer Se vive al otro como malo, peligroso, agresivo y a sí mismo cargado de odio, agresividad, por tanto, malos.

La organización del mundo de un bebé también tiene dos puntos, ve a los demás idealizados o denigrados, al igual que a sí mismo. Esto lo consiguen las experiencias de placer o displacer. En situaciones normales el adulto no actúa así.

¿Por qué en el niño las emociones se experimentan tan intensamente?

- Porque no tienen **juicio de realidad**. No tienen expectativas de qué pasará después.
- Todavía no ha aprendido **mecanismos de regulación emocional**, por eso para él la emoción es tan invasiva.

Klein utiliza una metáfora “**pecho bueno, pecho malo**”. El niño cree que el pecho que le da de comer es bueno, y el pecho que no le da de comer es un pecho vivido como completamente malo. Los dos pechos son de la misma persona que le da cosas buenas y malas, el niño no es capaz de entenderlo, de entender la unidad. En la mente del niño hay dos madres, madre buena y madre mala.

En el trastorno límite de la personalidad el sujeto hace esto continuamente con los demás, los idealiza y denigra rápidamente.

Hemos visto una forma muy específica de separar la experiencia, o muy positivo o muy negativo.

+ Positivo

- Omnipotencia
- Control
- Amor y conexión
- Placer

- Negativo

Rabia

Indefensión

Miedo y otros.

Como el bebé no tiene juicio de realidad, ni puede pensar en un después, separa drásticamente la experiencia positiva y negativa.

La metáfora que usa Klein para explicar esto es: **metáfora del pecho bueno y del pecho malo**.

El niño experimenta al otro y a sí mismo como divididos.

Divididos en dos parcelas, buena y mala. No sabe ver que las dos experiencias corresponden a la misma persona.

Por ejemplo, en terapia el paciente o identifica como ideal al terapeuta o como malo. Solo en cuadros de trastornos de personalidad o psicopatología severa.

La persona tiene una dificultad para ver al otro de forma integrada, con lo bueno y lo malo mezclado.

La metáfora del bebé, del pecho bueno (idealización del terapeuta) y el pecho malo (devaluación del terapeuta), nos sirve para entender algunos aspectos del adulto.

Algunas de las experiencias que vive el niño además de ser una experiencia emocional se asocian a representaciones de la realidad y de uno mismo. A la emoción siempre le acompaña una representación interna del mundo y de ti mismo. Tengo miedo, el otro es peligroso, yo soy débil. La representación que se activa dentro de nosotros es distinta en cada persona, lo hacemos cada uno de manera particular.

A estas emociones/pulsiones (agresividad, amor...) les acompaña una **representación**.

Cuando el niño vive una **experiencia emocional positiva** se experimenta a sí mismo como cargado de amor, conectado con los demás, con el mundo, y experimenta el mundo como un lugar amable, predecible, bueno, y al otro como alguien que le ayuda. A la experiencia emocional positiva le corresponden sentimientos de idealización. “Es que mi madre es la mejor”, “mi padre es el más fuerte”... idealiza su campo perceptivo, incluso con él mismo “yo soy el más listo”.

Cuando el niño vive una **experiencia emocional negativa**, es intensa, es radical y trae consigo representaciones devaluadas del mundo y de uno mismo. El niño se va a sentir cargado de rabia, de un odio que puede ser destructivo, así es como se va a ver a sí mismo el niño en estos estados. Puede ver a los otros como peligrosos, como que no están disponibles, como malos...

A esta división entre las dos experiencias radicales, opuestas e irreconciliables, tiene un nombre en psicoanálisis: **ESCISIÓN** (*splitting*). Escindir significa dividir algo en dos.

La experiencia del niño está dividida en dos, tanto de sí mismo como del entorno. El niño necesita que estas parcelas se mantengan separadas.

Klein hace una afirmación: *“El niño necesita que su experiencia esté dividida en dos” – por un lado las totalmente positivas y por otro las totalmente negativas – que no se junten.* En la mente infantil esto sería funcional, adaptativo, porque el niño necesita un objeto o una serie de objetos idealizados a los que vincularse. Es lo que nos pasa a todos cuando estamos en situación de mucha vulnerabilidad: buscamos a personas muy fuertes y muy confiables, casi en el polo de la idealización. Ante la vulnerabilidad la mente busca objetos idealizados para sobrevivir o reducir el malestar.

El niño es muy vulnerable, es muy pasivo, no tiene recursos para funcionar por sí mismo, por lo que necesita que por lo menos un objeto esté idealizado, un objeto que le haga sentir una confianza total, un objeto que le pueda salvar cuando él está asustado o con dolor...

Por lo tanto su mente va a organizar la experiencia en escisión, en una separación total de lo bueno y de lo malo.

¿Por qué hace falta la escisión?

1. Porque hacen falta objetos idealizados, son necesarios.

2. El niño experimenta sus emociones de forma omnipotente:

para el niño su rabia cuando está enfadado, triste, cuando tiene hambre... lo vive como algo muy destructivo, puede destruirle a él o a los demás. El

niño vive su propia agresividad como muy destructiva, por lo que va a necesitar aislar esa agresividad de ese objeto bueno: si la agresividad es tan destructiva tengo que mantenerla a raya, no puede dejar que se toquen. La agresividad y todo lo que se parece (rabia, enfado, desesperación) es vivida como omnipotente y por lo tanto es muy peligrosa, siente que puede hacer mucho daño – puede destruir al pecho bueno, es decir, al objeto idealizado.

¿Cómo se evacua la agresividad? Mediante los mecanismos de defensas (negación, proyección = percibir aspectos negativos de uno mismo en los demás). Para mantener esa agresividad peligrosa a raya, lo que hago es

evacuar la agresividad (entendemos agresividad también como enfado, desesperación, indefensión, envidia...) y colocarla en el otro. Coloco lo que no me gusta fuera.

En este momento de la vida, el niño necesita hacer proyección habitualmente porque es intolerable colocarse a sí mismo esa agresividad, porque eso puede alejarle de los objetos que tiene idealizados, de la gente que necesita y puede destruirle a sí mismo y a los demás.

CONCEPTO DE ESCISIÓN = dividir la experiencia en dos parcelas, que además de ser muy intensas traen representaciones de sí mismo y del mundo. Para el niño es importante que la experiencia esté dividida para idealizar objetos y para evacuar la agresividad porque es vivida como peligrosa (puede hacer daño al objeto bueno, puede destruirme a mí mismo o a los demás y me da un concepto de mí mismo que no me gusta – alguien malo).

Todo esto tiene un nombre: **Posición esquizo-paranoide**.

3 rasgos que definen la posición esquizo-paranoide:

- **La escisión como forma de organizar la experiencia**
- **La proyección como defensa**
- **La angustia paranoide**

A Klein le gusta más el término **posición** que el término fase. La fase tiene una connotación como de que se superan y no se vuelven a pasar, sin embargo la posición puede repetirse muchas veces, no se supera y se deja atrás. Es una posición a la que podemos volver. Es una forma concreta de organizar nuestra experiencia de entendernos a nosotros y a los demás y podemos volver en cualquier momento. El término **Esquizo** viene de la raíz de escisión, significa dividir. **Paranoide** tiene que ver con la angustia más definitoria de esta posición, de este modo de funcionamiento.

Si estamos constantemente depositando nuestra experiencia negativa en el otro la consecuencia directa de esto es que vemos al otro como peligroso, y esto provoca angustia paranoide.

¿Por qué la infancia es la etapa de los miedos?

El niño no es capaz de hacerse cargo de su propia agresividad por

lo que la coloca fuera en otros, en símbolos (fantasmas, monstruos)... si depositas esta agresividad en los demás, al final acabas teniendo miedo de lo demás, a los otros, a los símbolos... Pongamos que lo que **proyecto** fuera es la envidia, así que como no lo se manejar, lo proyecto hacia fuera y entonces, lo que hago es ver como todo el mundo me tiene envidia a mi, desean tener todo lo que yo tengo, lo acabo poniendo fuera y lo siento desde fuera hacia a mi.

A esto en psicoanálisis lo llamamos: **angustia paranoide**.

Cuando decimos que el niño no es capaz de percibir los aspectos buenos y malos de la misma persona, pero es un poco una metáfora: él sabe que es la misma, pero si es verdad que cuando la vive buena, la vive completamente buena, y cuando la vive mala, la vive completamente mala.

IN TREATMENT: CAPÍTULO DE LA SERIE.

Identificación proyectiva: mecanismo de defensa que sirve al sujeto para evacuar los aspectos negativos de la propia experiencia e inducirlos a los demás. Proyecto algo de mi experiencia interna y lo hago, no solo perceptivamente, si no en la relación. Es decir, organizo la relación de tal manera que el otro experimente esos aspectos que yo estoy tratando de negar o de

POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE - RESUMEN

- 1) Modo de organizar la experiencia Escisión
- 2) Defensas Proyección/Identificación proyectiva
- 3) Tipo de angustia Paranoide

evacuar.

Los sentimientos que yo tengo como terapeuta frente a un determinado paciente pueden estar siendo contagiados por el propio paciente. Esta es una de las razones por las que la identificación proyectiva es tan importante: nos coloca en la

relación terapeuta, hay un intercambio constante con el terapeuta. La experiencia emocional antes de este modelo teórico era vista como un estorbo: quitaban objetividad. A partir del concepto de identificación proyectiva uno empieza a pensar que las emociones que siente el terapeuta nos da información sobre lo que el paciente nos proyecta.

Esto de proyectar es universal, y se producen no solo en la patología. Forma parte del funcionamiento normal colocar experiencias internas nuestras en los demás.

En el polo más extremo está la **identificación proyectiva**, se le está imponiendo a otro experiencia que son muy negativas para no tener que vivirlas uno mismo, todos los sentimientos que yo no soy capaz de manejar se los proyecto al otro.

El polo intermedio: **comunicación**. Muchas veces cuando comunicamos recurrimos a la proyección. Por ej: si estás muy contento, estás muy alegre, se lo cuentas a las personas importantes intentando contagiar una parte de tu entusiasmo, a través de tu lenguaje no verbal, del tono de voz... Estás tratando de que el otro no solo tenga una información, si no que viva tu experiencia también. La comunicación humana incluye una parte del contagio emocional casi siempre, a no ser que estés dando la hora o un informe o una información totalmente objetiva. Cuando transmites un estado interno sueles hacerlo tratando de que el otro se contagie de ese estado. Es la manera de conseguir que el otro reciba una información, es la manera de conseguir la comunicación como la entendemos. El mecanismo de contagio es bastante parecido al de identificación proyectiva.

En el otro polo (menos extremo) encontramos la **empatía**, esta requiere una proyección por parte del que empatiza. En este caso, no solo comprendo al otro por la información que me da, además estás proyectando una parte de tu experiencia para comprender lo que el otro está viviendo. No se puede empatizar con alguien que está triste si no coloco proyectivamente un poco de mi historia con la tristeza, va a ser muy difícil para mí entender lo que eso significa. Esto significa que la empatía en estado puro no existe. Desde este planteamiento, entender al otro como otro es

imposible; el otro siempre pasa filtrado a nuestra comprensión.

Empatía -----> Comunicación ----->Identificación proyectiva

Klein define 2 posiciones, posición esquizoparanoide (que acabamos de ver) y posición depresiva. Al principio de la vida podemos encontrar una cierta secuenciación, el niño lo ve todo dividido “bueno, malo”, por lo que al principio del desarrollo el niño estaría en una posición esquizoparanoide, y cuando se va haciendo más mayor ve las cosas de una forma más integrada y por lo tanto estaría en una posición depresiva. Durante el principio del desarrollo, si tienen un carácter secuencial pero sin embargo no se superan, por lo que de adulto pueden volver a darse y a reproducirse una u otra.

POSICIÓN DEPRESIVA:

- 1) Modo de organizar la experiencia: Integración
- 2) Defensas: Reparación/ Represión
- 3) Tipo de angustia: Depresión/Culpa

Posición

depresiva:

Frente al concepto de escisión, aquí lo que nos encontramos es

con una forma de organizar la experiencia integrada. El niño se va dando cuenta de que la experiencia es compleja, de que los momentos de displacer o los momentos de frustración suelen tener también aspectos buenos, y al revés, los momentos de placer o de gratificación incluyen también cierta cantidad de malestar. Al mismo tiempo, el niño va a percibir a los otros de manera integrada, se va a dar cuenta de que la madre que frustra es la misma madre que gratifica, la madre a la que quiero tanto cuando estoy en un momento de bienestar es la misma madre que odio tanto cuando estoy en un momento de malestar, es el mismo objeto. El niño se da cuenta de que las partes positivas y negativas son aspectos del mismo objeto. “El pecho bueno y el pecho malo, pertenece a la misma persona”. Esto es lo que nos pasa a los adultos cuando entramos en

relaciones que hemos idealizado mucho. La gran tarea de la madurez es conseguir tolerar esa ambivalencia, integrar los aspectos positivos y negativos del otro y de uno mismo.

La fantasía que surge aquí es: Con mi agresión puedo destruir al objeto bueno. El niño ahora que percibe estas dos realidades como integradas, se da cuenta que ha odiado y ha querido agredir a la persona a la que necesita y a la que quiere, y esto provoca **angustia depresiva** (según Klein) o culpa, angustia culposa... El niño estaba odiando a un objeto malo, pero ahora se da cuenta que también era un objeto bueno; dos caras de una misma moneda, por lo que la conclusión es: he odiado a la persona que necesito y a la que quiero, y por lo tanto el niño se asusta de lo que acaba de hacer, se da miedo de si mismo. Se da cuenta y por lo tanto nos lo encontramos culposos, servicial... etc.

El niño se da cuenta de que el mismo tiene experiencia positiva y experiencia negativa. En la posición esquizoparanoide la persona trata de expulsar los aspectos negativos, sin embargo, en el caso de la posición depresiva, la persona se da cuenta de que los aspectos negativos también le corresponden. Tiene una visión más integrada de los otros, pero también una visión más integrada de si mismo. Es capaz de reconocer su parte más destructiva, más negativa y esto de nuevo, puede generar cierta culpa.

Por entenderlo: el niño muy pequeño siempre piensa que el malo está fuera, sin embargo ahora, el niño entiende que él también puede ser malo, también puede ser destructivo, y esto de nuevo conduce a la **angustia depresiva**: *“Puedo hacer daño al objeto bueno, puedo hacer daño a los demás y puedo hacerme daño a mi mismo”*.

Según estos autores, los niños se dan cuenta de que han agredido al objeto que es bueno también, y esto provoca culpa y provoca la fantasía de haber destruido o dañado permanentemente al objeto bueno. Algo bastante parecido a lo que nos pasa en las relaciones cercanas cuando sentimos arrepentimiento. Hay una cierta

fantasía de: “A lo mejor no hay vuelta atrás, a lo mejor he conseguido que la persona ya no me quiera nunca más”. No nos lo decimos así pero una parte del arrepentimiento está formado por esta fantasía.

¿Cómo se defiende el psiquismo de esta experiencia?

LA REPARACIÓN – tratar de enmendar lo malo que he hecho.

La reparación la podemos hacer en actos “te invito a cenar, te pido perdón, me porto bien...”, pero a Klein le interesa también lo que pasa dentro: *la fantasía reparatoria*.

¿En qué consiste la fantasía reparatoria? El niño cree que su amor es capaz de reparar el daño que ha hecho y esto es lo que le permite sobrevivir a la culpa, no verse desbordado por la culpa. Sentir que ha hecho daño, pero les quiero tanto, que les quiero mucho más de lo que les he odiado. Nuestro amor por los objetos buenos es superior al odio que a veces podemos sentir. Es una experiencia interna, inconsciente, que está en la base de nuestra experiencia. Necesitamos pensar que nuestros afectos positivos al otro son más grandes que los negativos, y que lo bueno que podemos dar es mayor que lo malo que podemos dar.

Otra forma de mecanismos de defensas es la **represión**: me he dado cuenta de que mi mundo interno puede ser peligroso, puede provocar que los demás se alejen, mi agresividad puede hacer que papá y mamá dejen de quererme así que una de las formas con las que uno puede gestionar esto es reprimir, reprimo la agresividad, la convierto en otra cosa – desplazamiento.

El niño tiene un mayor juicio de la realidad y más capacidad para regular las emociones, por lo tanto ya no necesita tener sus emociones aisladas de las cosas buenas. Las emociones ya no son tan extremas, es capaz de regular su experiencia, comprenderla, buscar ayuda, por lo tanto no va a necesitar defenderse de esa experiencia, evacuarlo, proyectarlo... Cuando somos capaces de manejar y regular las cosas no las evacuamos, solo lo hacemos cuando no somos capaces.

Son condición necesaria para la posición depresiva: El juicio de realidad y la regulación emocional.

¿Qué hacen los padres para ayudar a que el niño pase de una posición a otra (de lo esquizoparanoide a lo depresivo)?

1. Primacía de experiencia positiva + : Que los padres garanticen con sus acciones una mayor frecuencia de las experiencias positivas. Los momentos malos son menos frecuentes y duran menos, esto lo que va permitiendo progresivamente es que el niño no tenga que experimentar demasiada frustración, demasiada agresividad, por que en general mis padres me hacen sentir bien, me cuidan, están disponibles... No hace falta defenderse tanto de los estados negativos porque el niño sabe que la experiencia positiva va a llegar y va a llegar pronto; es decir, que este estado interno tan negativo casi siempre es sucedido por un estado positivo (tengo hambre, pero no dura demasiado porque mi madre llega pronto y me da de comer). La experiencia negativa es poco frecuente o dura poco.

2. Contención: El cuidador recibe las proyecciones del niño y es capaz de devolverle esas mismas proyecciones procesadas, de manera tolerable. El niño tiene una dificultad cuando es pequeño para procesar su experiencia emocional, para entenderla, para regularla, por lo que lo que hacen los cuidadores es recoger esa experiencia emocional que le desborda al niño y devolvérsela de una manera más tolerable, de una manera digerida.

Ejemplo: El niño está jugando, se cae, se hace mucho daño y vemos que se asusta muchísimo, que empieza a llorar con desesperación y miedo desbordante, se cabrea mucho, acusa a la madre de ser mala... hay una experiencia interna que no es capaz de controlar. Un cuidador que es capaz de contención coge la experiencia y la convierte en algo que el niño es capaz de entender y controlar: coger y abrazar al niño, decirle “no te preocupes cariño, esto le pasa a muchos niños”, “no te preocupes, el dolor ahora se te pasa” “No pasa nada”... el cuidador contiene

la experiencia del niño. – tu no puedes con esta experiencia emocional, con este dolor, así que yo lo contengo, y te lo devuelvo de una forma que tu sepas manejar.

Klein piensa mucho en la fantasía interna, el niño piensa que lo que yo tengo puede hacer mucho daño a mi mismo y a los demás, el cuidador manda los mensajes contrarios “lo que tu tienes se puede regular, se puede manejar y no pasa nada”. Para que esto ocurra, los padres tienen que tolerar las emociones del niño, que son muy primitivas y muy caóticas, y el hecho es que todos los padres no son capaces: padres con cuadros de depresión, padres negligentes, padres maltratadores...

Si en el ejemplo del niño que se cae la madre es sobreprotectora, o tiene ansiedad de separación etc.... y cuando el niño se cae, la madre se asusta muchísimo, el niño entiende que esa experiencia emocional es peligrosa porque provoca un estado negativo en el otro.

Metáfora digestiva: Para el niño determinadas emociones son indigeribles, por lo que expulsa esa emoción. El cuidador recoge esa emoción y se la devuelve al niño de forma comprensible, para que el niño sea capaz de entender lo que le pasa por dentro. No se trata solo de poner límites, hay que poner límites permitiéndole al niño que entienda lo que tiene por dentro y que entienda que no es peligroso. No es solo el contenido de la norma, es como se introduce. El niño tiene que aprender que lo que lleva dentro, aunque el lo viva como peligroso no lo es, y la única manera de aprender que no es así es a través de la respuesta del otro. “Vete al rincón de pensar”. Por eso es importante pensar en el estado psíquico que debe tener el cuidador a la hora de responder a las emociones del niño. El cuidador que se siente impotente, enfadado, bloqueado, es aquel que transmite que las emociones son peligrosas, el niño empieza a pensar “si yo vivo esta emoción puedo perder el amor de mi madre, de mi padre... y puedo hacer mucho daño” porque ve que ante esa emoción ni el cuidador es capaz de autorregularse.

El niño necesita que alguien desde fuera le organice su experiencia emocional, él no sabe organizarla; y esto deja consecuencias que van a ser muy duraderas porque es el primer

aprendizaje en la vida de las personas de cómo funciona el mundo interno, cómo funciona la emoción... etc.

Otto Kernberg es un autor actual y es uno de los grandes sistematizadores del psicoanálisis. La aportación más importante es la de sistematizar e integrar varias corrientes o tradiciones psicoanalistas que inicialmente han estado separadas. Nos ofrece una visión de conjunto sobre el desarrollo del psiquismo que incluye aportaciones de autores que corresponden a épocas diferentes y que tradicionalmente hemos entendido como autores separados en cuanto a ideas. Su obra se inscribe dentro de la teoría de las relaciones objetales.

Nos vamos a centrar en una parte de su obra que es el llamado **“diagnóstico estructural”**.

Diagnóstico estructural:

Nos dice que cuando se trata de diagnosticar a un paciente, es mucho más importante conocer la estructura psíquica, su funcionamiento interno que el síntoma como tal. El síntoma o el conjunto de síntomas que tiene el paciente no nos permiten hacer un verdadero diagnóstico.

Frente a una visión puramente centrada en los síntomas, propone una visión centrada en el funcionamiento interno del psiquismo y que es eso lo que nos permite diagnosticar. El síntoma es la manifestación externa, “superficial” de una estructura, el funcionamiento estructural de la persona. Esto nos va a permitir ajustar el tratamiento a las necesidades reales del paciente.

Son 3 las posibles estructuras:

Por un lado tenemos la psicosis, por otro la neurosis, y entre medias la estructura límite, como si tuviera un pie en cada orilla.

- **Estructura psicótica (psicosis):** Se relaciona con el fracaso en la tarea de diferenciación.

- **Estructura límite/fronteriza o borderline** = Su funcionamiento no es tan sano como el de los neuróticos pero tampoco es tan grave como el de la psicosis, hay un poco más de evolución.

- **Estructura neurótica**

El síntoma puede darse sobre cualquiera de estas estructuras. No significa lo mismo el síntoma, funciona de manera distinta pero visualmente puede ser igual.

Cada una de estas estructuras se corresponde con una tarea evolutiva distinta. Kernberg nos propone una concepción del desarrollo en la cual la persona va adquiriendo un funcionamiento psicológico cada vez más maduro, va adquiriendo capacidades psicológicas nuevas y a lo largo de ese desarrollo se van cumpliendo tareas evolutivas importantes. Cada una de las 3 estructuras se corresponde a una tarea evolutiva fundamental, tareas psicológicas o retos psicológicos que comienzan al principio de la vida y que todos los individuos debemos cumplir.

1ª TAREA: La primera de las tareas es la de **diferenciarse**. El bebé tiene una experiencia de fusión con el mundo externo y con sus cuidadores, hay una experiencia como de “yo y mi madre somos lo mismo”. El niño todavía no tiene una percepción suficiente de su propio cuerpo como separado de los demás. No hay una experiencia unitaria del cuerpo. Por lo que la primera gran tarea es la de ***diferenciar entre el yo y el mundo externo***, una tarea de diferenciación. Esta tarea incluye también aprender a diferenciar nuestro mundo mental, psicológico del mundo externo. Hay que construir psicológicamente una frontera entre el mundo y yo, entender que hay una diferenciación. El **fracaso** en lograr esta tarea produce estados de confusión, y esto se relaciona directamente con la primera estructura psíquica de la que nos habla Kernberg, **LA PSICOSIS**.

De hecho los psicóticos nos hablan de delirios, alucinaciones, y muchas veces lo que tienen en común es no tener bien establecida esa barrera entre su mundo interno y el mundo externo. Tienen una experiencia como de “*No estoy suficientemente cohesionado,*

no estoy suficientemente aislado del exterior, tengo una experiencia de confusión entre yo mismo y el mundo externo.”

Integra tradiciones psicoanalítica dispares y en este caso es la de Mahler.

2ª TAREA: Integrar. El niño ya diferenciado aprende a unificar sus experiencias negativas y positivas aprende a unificar la imagen del otro. Hemos hablado sobre esto en la obra de Klein. El niño experimenta su mundo interno y su mundo externo como trocitos de experiencia suelta que el niño va a ir pudiendo unir, para sentir que todos esos estados de ánimo distinto son continuos y pertenecen al mismo ser. ***Se trata de dar continuidad a esos trozos de experiencia que están sueltos.***

Y lo mismo con el otro, lo experimenta como trocitos de experiencia y el niño tiene que ir pudiendo hacer un conjunto integrado “el que me da placer es el mismo que a veces me frustra”.

El **fracaso** en la integración, produce la escisión, una experiencia separada, dividida de la realidad y esto se relaciona con la **ESTRUCTURA FRONTERIZA**. Es una persona que no es capaz de mantener una experiencia coherente de sí mismo y de los demás durante el tiempo, no tiene una identidad suficientemente construida.

Integra aquí la obra de Klein.

3ª TAREA: Gestionar pulsiones. El niño ya tiene una experiencia de diferenciación y de integración, ahora le toca comprender que tiene pulsiones, y hay que gestionarlás. Entran las fases del desarrollo psicosexual, sobresatisfacción y frustración excesiva... ***Gestionar las pulsiones consiste en lograr un equilibrio entre la represión y la descarga.*** Tengo que reprimir las pulsiones para poder adaptarme al mundo, pero a la vez necesito descargarla un poco, la persona tiene que encontrar el equilibrio.

Integra aquí la obra de Freud (lo hemos visto también – rellenar de lo que hemos visto).

Cuando hay un **fracaso** en la gestión de pulsiones, hay un conflicto inconsciente y está relacionado con **LA NEUROSIS**.

Tienen un cierto carácter acumulativo, si el niño no ha conseguido diferenciarse, difícilmente va a conseguir una integración y difícilmente va a gestionar pulsiones. Lo difícil es hacer el diagnóstico diferencial de las estructuras fronterizas.

Distinguir a un neurótico de un psicótico, no es muy difícil, el deterioro que hay en la psicosis hace evidente la diferencia. Sin embargo, la estructura fronteriza es más confusa. Puede parecer una persona neurótica y sin embargo, la estructura interna es más frágil.

Kernberg nos aporta una serie de **criterios** para ayudarnos a diferenciar a las personas con una **estructura fronteriza**:

1. Sufre de difusión de identidad: Consiste en que la persona se experimenta a sí misma y a los demás de forma fragmentaria. La persona puede estar eufórica, contenta, serena y súbitamente y en ausencia de estímulos suficientes, se detesta a sí mismo, está triste, se autodesprecia. Con los demás pasa igual, pasan de la idealización del otro a la devaluación excesiva del otro. Pasan de depender del otro a ser agresivos, despreciativos con el otro. Tiene una experiencia discontinua de uno mismo: No sé muy bien quien soy, a veces me adoro y a veces me desprecio.

2. Los mecanismos de defensa primitivos: La identificación proyectiva y la represión. Lo que tratan de conseguir es evacuar la experiencia, es tan intolerable que hay que o borrarla o colocarla fuera. Tenemos también la negación, la manía (trastorno del estado de ánimo), en relación con eso tenemos también la omnipotencia. Todos estos, y otros mecanismos de defensa le sirven a la persona para radicar completamente su experiencia negativa. La persona con una estructura fronteriza se desprende de la experiencia negativa.

3. Baja regulación de impulsos y de los afectos: Está todo el rato explotando afectivamente. Lleva sus afectos a nivel de las

acciones: cuando estoy enfadado, agredo al otro directamente, cuando estoy triste: me hago daño a mi mismo o pienso en hacerme daño, me autolesiono, cuando tengo un impulso no solo tengo el impulso sino que lo pongo en acción. “Act now” – conductas de riesgo, consumo de sustancia, promiscuidad, violencia. Frente al neurótico que tiende a reprimir sus impulsos, el fronterizo estalla en los impulsos y los convierte en acciones con mucha facilidad. De nuevo nos lo encontramos en la transferencia, pueden ser muy agresivos con el terapeuta (lo adoran y luego lo devalúan, cuando se enfadan tienen impulsos como mandarle mensajes amenazándole... etc.).

Frente a la dificultad de regular impulsos, los sujetos recurren a por ejemplo, **las autolesiones** para regular la emoción cuando está siendo demasiado intensa. Es un modo de gestionarla, también el consumo de sustancias. Por que las emociones se han convertido en peligrosas, intento gestionar la emoción.

En el nivel más básico, la autolesión es “meter ruido” para no tener que soportar la experiencia emocional. Último recurso. Sirven también para organizar la relación de manera que las personas me rescaten. Mas aún cando se hacen en exhibicionismo. “Me siento desvalido, necesito a alguien más maduro que yo que me sostenga”.

Haciéndome daño me castigo a mi mismo. Experiencia del self es o todo bueno o todo malo. Cuando es todo malo puedo gestionarlo atacándome a mi mismo.

4. Una baja metacognición: A una persona fronteriza le cuesta mucho la metacognición, pensar en sus propios estados internos, registrar lo que pasa por la mente a nivel afectivo o a nivel de ideas. Por supuesto, también les cuesta pensar en los estados internos del otro. La empatía es muy baja. Los estados internos se actúan, se convierten en acciones, pero no se piensan.

Todos estos indicadores se van a poner en juego en la relación. El diagnóstico va a pasar por ver como la persona se comporta en la relación.

5. Experiencias tempranas, hay que fijarse en las experiencias

tempranas del paciente en cuanto a la contención y a la primacía de las experiencias positivas; el tránsito de pasar de una posición a otra.

6. Tendencia a lo paranoide: Si no ha sido posible el paso de esquizo-paranoide a depresivo sufrirán **angustia paranoide**. Tendrán una visión muy paranoide de la realidad. Son suspicaces con el otro. Cuando no se sienten bien culpan al otro. **Tendencia a lo paranoide**. Buscan constantemente a un enemigo externo. Cuando hablamos de trastorno límite de la persona, es uno de los trastornos de esta estructura pero no el único.

Cuando estamos hablando de estructura límite no estamos hablando solo del trastorno límite de la personalidad si no que hay muchas enfermedades comprendidas dentro de esta estructura, como es el trastorno narcisista.

Los procesos que hemos visto son los comunes a todos los trastornos que tienen estructura interna fronteriza. El diagnóstico estructural es importante porque nos permite adaptar el tratamiento; no hay que tratar igual a una persona con estructura neurótica que a una persona con estructura fronteriza.

La interpretación al fronterizo le supone muchísima angustia, en este caso se podría trabajar mejor desde la contención:

La **interpretación** hay que usarla con cautela. Estas personas la pueden vivir como una experiencia de fragmentación interna porque les provoca angustia, por lo que las interpretaciones tienen que ser manejadas con mucha cautela. Algo que es especialmente difícil si tenemos en cuenta que estos pacientes en su transferencia pueden ser tremendamente agresivos con nosotros. La mejor manera de defenderse como terapeuta ante este comportamiento es la interpretación, es una tendencia natural de alguien que necesita defenderse, pero puede ser un problema para el tratamiento y resultar muy dañino.

Por otro lado, en vez de interpretar la experiencia negativa, podemos formularla para que la persona la pueda entender mejor, hacer **contención**: es decir, organizarle la experiencia y devolvérsela de una manera que sea más manejable para él. Vamos a contener las proyecciones negativas que está proyectando sobre nosotros, en vez de contraatacar, contenemos. Esto es realmente difícil, es un reto muy grande. La idea es que la persona salga del despacho teniendo la idea de que ha podido vivir sus experiencias negativas sin que eso le haya destruido ni haya destruido al objeto bueno (que somos los terapeutas en este caso), y con la sensación de que la propia experiencia negativa puede ser pensada. A las personas límite les cuesta mucho pensar en su propia experiencia, lo que hacen es actuarla. En este perfil las emociones se colocan fuera en forma de acción “acting out”. *La ideación suicida es uno de los aspectos que se da con cierta frecuencia.* Es tan intolerable la experiencia negativa que la saca fuera a través de mecanismos de defensa primitivos o mediante acciones, pero la persona tiene que aprender en terapia que no hace falta deshacerse de ella todo el rato, que la experiencia negativa se puede pensar, pero para eso hace falta otra persona que las piense, que las organice, porque el paciente tiene que tener garantía de que eso no le va a destruir, y esa persona es el terapeuta. **CONTENCIÓN.**

El neurótico necesita salir del despacho, en cambio, sintiendo que cada vez se conoce más a si mismo, que conoce más sus pulsiones, su mundo interno. La persona con estructura límite tiene que salir con una sensación de convivir mejor con la experiencia negativa.

Este modelo de Otto Kernberg es muy útil a la hora de trabajar.

Además, Kernberg nos dice que hay varias vías a través de las que yo conozco las experiencias internas del paciente: la forma verbal, la forma no verbal... los afectos se expresan mucho en el lenguaje no verbal, y también se expresan en la reacción subjetiva del analista frente al paciente, es como un radar, puede

captar los afectos: contratransferencia – capta los afectos que el paciente no tolera, opera dentro del analista. Es un instrumento delicado, el terapeuta tiene que preguntarse: esta reacción que yo tengo ¿viene de mis problemas no resueltos o viene del paciente? Toda la temática del paciente está envuelta en un marco afectivo.

Tema 3: Psicoanálisis interpersonal

3ª Tradición psicoanalítica

Las primeras contribuciones fueron en los años 60, en la postmodernidad, dentro del marco contemporáneo. Hoy en día, no vivimos en una cultura represiva, más bien está presente la insatisfacción.

- Insatisfacción
- Problemas de identidad
- Sensación de vacío/confusión identidad

- Dificultad para disfrutar
- Aislamiento/Soledad

Hoy en día puedes ser lo que te de la gana y de ahí puede surgir la confusión de identidad, no siempre sabemos cómo hacerlo. No podremos entender la patología individual sin conocer el “caldo de cultivo”.

- Alienación: “No estoy en las cosas que hago”, de ahí que me cueste disfrutar. No sentirse pleno en las cosas que uno hace.

El aislamiento es paradójico. Nos relacionamos con mucha más gente, sin embargo, hay una sensación de “nadie me conoce bien”. Kohut nos dice que tenemos una necesidad que es que los demás tengan estima de mi. Sentir que mi subjetividad se construye al ponerse en contacto con la subjetividad de otros. Necesitamos que haya otras personas que sientan con nosotros, que conecten con nosotros, para poder tener una subjetividad de nosotros mismos. Es decir, no se quien soy si no es con otros. Si mi vida mental no está en contacto con otros no termino de entender quien soy.

- Solo hay un ente en la medida en que hay contacto con otros.

La cultura nos pone en contacto con los demás de manera muy superficial, de manera que este contacto del que hablamos no se produce.

Nos chocamos constantemente los unos con los otros, pero muchas veces no nos encontramos. Se construyen falsas sensaciones de compartir subjetividad.

Heinz Kohut Psicoanálisis del Self

Nace en Viena, exilio a Inglaterra y EEUU donde desarrolla su teoría. En Chicago funda la escuela psicológica de Chicago.

- 1971 publica “Análisis del Self”. Su gran obra inicial. En 1981 muere.
- Kohut trabaja fundamentalmente con trastorno narcisista. Su modelo se basa en la experiencia que tiene con transferencias

complicadas, sobre las cuales escribe su teoría.

- Kohut era muy freudiano. Sin embargo se encuentra con pacientes en los que el modelo freudiano no sigue, porque su tipo de transferencia no se puede trabajar con la “interpretación” (modelo clásico- hacer consciente lo inconsciente).

No responden bien a la interpretación, hay dos respuestas habituales:

1. Cabreo, violento, defensiva agresiva
2. Se deprimen, sentimientos de tristeza.

Luego no ayudo, produce respuestas muy negativas. Este es el principio del psicoanálisis del self.

Transferencias narcisistas (narcisismo patológico)- características:

1. **Exhibicionismo:** El paciente tiende a mostrarse grandioso frente al terapeuta, a hablar de sus logros, a exhibir sus cualidades buenas, buscando la admiración. Compulsión a mostrarse. Incluso a veces ponerse por encima del terapeuta “Tiene un gran trabajo, gana mucho dinero, liga mucho...” Utiliza la terapia como una especie de terapia para lucirse, no solo nos cuenta sus logros reales si no que tiende a hinchar sus partes positivas, e incluso en la propia manera de relacionarse con el terapeuta, mediante la seducción o intentan dominar el entorno... etc.

2. **Tendencia a la idealización del terapeuta:** El paciente asume que el terapeuta puede saberlo todo sobre él. Es el mejor profesional. Quiere consejos perfectos, absolutamente eficaces. Se coloca al terapeuta en el lugar de la perfección.

Suelen pasar por estas dos fases, primero exhibicionismo y luego idealización. ¿Por qué les interesa organizar así su relación?

Tienen que ver con una cierta forma de defenderse de sentimientos de vulnerabilidad, por lo que la persona construye un armazón defensivo, donde se muestra grandioso y coloca al

terapeuta en un lugar de omnipotencia y de idealización.
Si yo estoy en conexión con este objeto ideal estaré mejor (Teoría de placeres objetales).
Esta transferencia comienza a ser defensiva. Hay sentimientos de vulnerabilidad y autoestima muy baja.

Encontrándose con este tipo de material clínico va a construir un modelo evolutivo. Para Kohut había **dos experiencias evolutivas fundamentales en el desarrollo** que permiten que se produzca un narcisismo primario. El narcisismo primario es una experiencia temprana y muy básica de autoestima. El sentirnos valioso, el sentir que merecemos la pena, es una experiencia que se adquiriera desde el principio de la vida, no es una cuestión conceptual, ni de lenguaje... Es un narcisismo primario y básico que nos hace falta para vivir, a todos nos hace falta un mínimo de amor propio para funcionar en sociedad.

¿Qué hace falta para que el niño tenga una experiencia básica de valía, de autoestima, de amor propio? Kohut habla de dos experiencias:

1. El niño necesita disponer de **objetos idealizados**, de personas referentes en su mundo afectivo que sean vividas como perfectas y omnipotentes. **¿Por qué esto aporta autoestima?** Pertenecer a algo que es bueno, o participar de algo que es bueno me hace a mi sentir que soy bueno. Al niño no solo le hace falta tener objetos idealizados si no sentir que está conectado con ellos, que participa en una relación con ellos y así algo de esta participación se les contagia. “Hay personas en mi mundo que son perfectas y yo participo en esa perfección porque estoy relacionado con ellas”. Esto nos pasa también a las personas adultas, nos gusta estar cerca de las personas que nos parecen muy atractivas, muy perfectas... eso nos da autoestima aunque no sea yo.
(Sin embargo, si se utiliza al otro como un apéndice de mi propia identidad ahí si que estaríamos en un problema de narcisismo – una baja autoestima – si necesito al otro como un instrumento de mi autoestima, ponemos *sucursales de nuestro self*.)

Esto es una **necesidad temprana**.

2. Especularización (*esta palabra viene del léxico: espejo - los padres funcionan para el niño como un espejo, el niño cuando recibe respuestas afectivas y verbales de sus padres recibe información sobre si mismo*): El niño necesitaría que las figuras idealizadas reconozcan el valor del niño. **Sentirse reconocido** por ellas. El niño cuando es pequeño es exhibicionista, se exhibe frente a sus padres y tiene un self grandioso: se siente poderoso, más o menos omnipotente, y lo muestra constantemente. Los padres en vez de imponerle un juicio de realidad al niño – “esto no es verdad, esto no es así” – el niño necesita que los padres reconozcan esto y validen esta experiencia. El niño necesita ser mirado y encontrarse con una imagen positiva de si mismo en la mirada del otro. Esta sería una de las afirmaciones fuertes y más valiosa de esta teoría: la subjetividad no se construye nunca solo, la construye siempre en relación con otros, si no que la identidad se construye siempre en la imagen que tienen los otros sobre mi. *Me veo como me ven los otros, no me veo como soy en realidad*. La persona busca a su terapeuta, ya no solo para que me de interpretaciones, consejos, me haga análisis funcionales... se trata de que mi terapeuta me mire y me reconozca; nos pasa a todos los que vamos a terapia pero sobretodo a los que tienen un trastorno narcisista. Kohut se va a encargar de instrumentalizar esto en la terapia. Buscamos el reconocimiento, que el otro se sienta atraídos por nosotros... en el narcisismo el otro siempre es buscado como un instrumento para alimentar una autoestima que es muy frágil, para sentirse bien consigo mismo.

Si el niño tiene estas dos experiencias evolutivas que tienen que ver con sus cuidadores, construirá una imagen de sí mismo, experimentándose como persona, unificando su experiencia a través de la mirada del otro.

Para pacientes con narcisismo patológico, se pone en juego en terapia el sentirse reconocido y valioso, para poderse reconocer a

sí mismos. No pueden conectar consigo mismo si no hay alguien que les apruebe. Por lo que buscan constantemente la aprobación del otro: si no me miran, mi experiencia interna se fragmenta. Este trastorno surge cuando no se superan los dos procesos. No hay narcisismo primario sano.

¿Cuándo deben cortarse estos dos procesos? *(Son demasiado gratificantes).*

Frustración óptima: Según Kohut, estos procesos se dan durante el desarrollo temprano, pero los padres van introduciendo la frustración. El niño crece y ve que sus padres no siempre lo hacen bien, luego la idealización acaba. El niño también acepta dosis aceptables de frustración en la especularización. No siempre podrán admirarle, o incluso le dirán que no es perfecto, que no puede hacerlo todo.

Será óptima si es tolerable y progresiva.

Es necesaria para que el niño regule su autoestima solo. Sin frustración no regula por sí mismo estados internos y autoestima. Los padres tienen que fallar a veces para que el niño aprenda a hacerlo por sí mismo.

Previamente, la autoestima ha sido regulada por otros, ahora tiene que pasar a autoregularse.

- Si no se cumplen los dos procesos narcisismo patológico
- Si no ha habido frustración trastorno narcisista (Porque no ha aprendido a autoregularse su autoestima).

Hay que sentirse mirado pero no indefinidamente, para tener un narcisismo sano.

Internalización:

Funciones que desempeñan otros, y que el niño incorpora a su repertorio. Se diferencia del SUPERYO en que esto ocurre mucho antes. Ejemplo: Madre mira con amor al bebé – el niño lo interioriza.

Adquirimos capacidades y procesos psicológicos que no teníamos.

El Self tiene que ver con una experiencia de continuidad en el tiempo y de amor propio.

Kohut es un revolucionario para la técnica psicoanalítica, ya que trae consigo grandes cambios.

El Freudiano tradicional solo interpreta y hace pensar a la persona – la enfrenta. La persona en vez de darse cuenta de que le faltaron cosas, hace una transferencia de modo que no tiene que recordar como le trataban. Luego Freud va a desmontar la transferencia con la interpretación.

Kohut plantea gratificar la transferencia narcisista. Esto contradice todo lo que el psicoanálisis había dicho hasta ahora. La permitimos y la gratificamos. Le alabamos su grandiosidad, le damos una respuesta positiva. El paciente va a idealizar al terapeuta, el terapeuta se deja idealizar.

Kohut plantea que es imposible que la persona pueda pensar si no le damos antes aquello que le faltó: Para algunos pacientes la terapia en vez de ser un espacio de autodescubrimiento, debe ser un espacio donde tienen lugar experiencias evolutivas que no tuvieron lugar.

El terapeuta ejerce las funciones que tuvo que ejercer el cuidador para que se construyan estructuras y procesos que no se construyeron en el momento adecuado. En el caso de que no hayan sido frustrados también les admiraremos sus grandezas, puesto que tampoco se saben autorregular.

Se inician las **psicoterapias del déficit**: Trabajamos con estructuras psíquicas insuficientemente desarrolladas, por lo que el tratamiento es distinto al del neurótico.

¿Por qué tiene que ser en terapia y no en sus relaciones? Porque estas personas narcisistas tienden a quedarse solas. Es gente que estimula el rechazo de los demás.

Kohut ha planteado un método terapéutico nuevo: lo que cura es la relación. No es incompatible con Freud, sino que cada paciente necesita un tipo de terapia.

Kohut plantea que la empatía es fundamental. El paciente necesita ser validado, tan solo se puede hacer mediante la empatía. Tras la empatía, habría que llevar a cabo la frustración óptima, cuando el paciente ha visto gratificada su transferencia, para que pueda autorregular su autoestima.

Una vez el paciente ha recibido la especularización, podrá empezar a pensar.

PSICOLOGÍA INTERPERSONAL:

- Psicología del Self (Kohut)

- Psicología intersubjetiva:

Stolorow y sus compañeros, basaban la psicología intersubjetiva en la Matriz Madre- hijo:

Dentro de la matriz madre-hijo hay: un intercambio de señales y una dinámica de regulación mutua.

En esta matriz, en este espacio relacional, se están intercambiando constantemente señales. El niño emite una señal a la cual responde la madre, a cuya señal responde el niño... es una especie de ciclo que no se termina nunca: por un lado está el niño y por otro el cuidador, la madre. Estamos mandando constantemente señales. Con esas señales nos estamos indicando el estado afectivo en el que estamos. Hacen referencia al estado interno en el que está cada miembro de la relación.

Dentro de la matriz madre hijo: intercambio de señales constante. Siempre están aunque parezca que no hay – cierra los

ojos – eso también es una señal: ahora quiero bajar mi nivel de activación.

Hay una regulación mutua de los afectos. La madre y el niño están regulándose mutuamente sus estados afectivos. Cuando el niño sonríe y establece contacto visual con su madre, el estado afectivo de su madre cambia; a su vez, al alegrarse, su madre hace algo, y eso hace que el niño cambie su estado de ánimo. En este caso hay un estado de ánimo que están regulando mutuamente. Ambas partes están manteniendo un estado óptimo de activación.

Según los autores este sería el modelo de una relación saludable, donde se pueden expresar las emociones mediante señales y estas emociones son tolerables, están reguladas.

Las emociones son expresables, pueden ser señalizadas y son tolerables porque hay una buena regulación.

Pero... No siempre sale bien. El origen de la patología está en situaciones en las que hay determinados afectos que no son regulados o se hacen inexpresables. Cuando el niño, por ejemplo, expresa enfado, se encuentra con una respuesta de la madre que en vez de regularle lo que hace es asustarle o enfadarle más – respuesta desreguladora. Diríamos que en este intercambio de señales, en esta dinámica de regulación mutua diríamos que ha habido una especie de rotura, una desconexión.

El origen de la patología tiene que ver con una rotura de este ciclo, de este intercambio, donde estábamos pudiendo regularnos mutuamente. Los afectos que se viven en vez de ser regulados y expresables, pasan a ser no regulados, se viven con demasiada intensidad y que por lo tanto, desorganizan al niño, o algún afecto se hace inexpresable.

Cuando el niño expresa emoción y recibe una respuesta por la cual la madre se desconecta de él y se aparta - **¿Qué va a aprender el niño de este tipo de intercambio?** Va a empezar a aprender que determinados patrones afectivos, emocionales,

son peligrosos para las relaciones, peligrosos para el vínculo, que amenazan con romper la relación. Este va a ser un aprendizaje fundamental según los autores. Esto de nuevo nos colocan en el camino de la patología.

Según estos autores, una motivación fundamental que tenemos los seres humanos es crear vínculos y mantenerlos.

Aprenden qué afectos son permitidos, qué afectos pueden expresarse y regularse, cuáles han sido peligrosos para el niño... Nos plantean estos autores que reprimimos determinados afectos para mantener las relaciones con los demás, de cara a continuar con los vínculos.

Sintonización afectiva: Tiene que ver con la capacidad que tenemos las personas de conectar con la emoción del otro, de resonar con la emoción del otro, o de acompañar al otro en su emoción. Proceso básico mediante el cual las personas conectamos a un nivel afectivo, y es un proceso que se da desde el principio en la matriz madre-hijo. El niño se da cuenta de que hay otro que está sintonizado afectivamente con él, que el otro está cambiando su estado interno en función de cómo esté él. La sintonización afectiva no tiene que ver con la inteligencia, ni con la capacidad verbal, tiene que ver con la capacidad de compartir una emoción, compartir una experiencia.

Esto va a condicionar las formas en las que el niño organice su propia experiencia emocional. La sintonización afectiva de los padres va a influir sobre cómo organiza el niño su experiencia. por ejemplo: uno aprende que los estados de ánimo de tristeza se han convertido en peligrosos para la relación; que esos estados afectivos generan una ruptura de la relación o una ruptura de la sintonización afectiva en el cuidador – cuando me pongo triste, mi madre deja de estar conectada conmigo – en este intercambio de señales comienzo a recibir que algo malo está pasando, que hay un peligro para la relación.

¿Qué va a pasar con las emociones que no son bien sintonizadas por el cuidador? Esos estados de ánimo se reprimen. Estos psicoanalistas cambian el **Concepto de represión**: la represión contiene todos aquellos esquemas

emocionales que son peligrosos para la relación, esos esquemas de relación que no han sido bien sintonizados por los cuidadores. Tiene que ser muy difícil vivir una emoción, reconocerla, expresarla, cuando desde el principio de la vida ha habido alguien que no ha sido capaz de sintonizar con ella. Las emociones que nos han dejado solo – cada vez que me enfado, me quedo solo.

Reconceptualización del trauma: Lo más traumático de los niños que reciben maltrato, o abusos sexuales por parte de sus cuidadores es que sus emociones de miedo, de rabia, de dolor, no están siendo reconocidas y no están siendo reguladas, no están siendo sintonizadas por el otro. Además, no solo no se reconocen, si no que muchas veces son castigadas: como digas algo, te enteras...

Las experiencias de desintonización: si ocurren con frecuencia, conducen a la represión; son emociones que él percibe como amenazantes en la relación. Freud por ejemplo, dice que se reprime lo “prohibido”, sin embargo, estos autores dicen que se reprime lo que puede hacer peligrar la relación. Esto puede llevar al no reconocimiento ni vivir la emoción. Los pacientes que no reconocen la pena, el enfado, el miedo o la alegría por ejemplo.

- El trauma no es tanto el acontecimiento objetivo, sino la ausencia de un entorno que sintonice con las respuestas afectivas del niño y las regule.

Ejemplo: Niño 16 años. Lo llevan a consulta por conductas agresivas (pega en clase...). Comienza la terapia. Es inteligente, atento, y en la 3ª sesión comienza el inside y cuenta que fue víctima de un acoso escolar (le humillaban, le daban collejas...). Comentó que creía que era así porque no lo había asumido, que quizá se sintió tan humillado retroactivamente, que antes de cualquier ataque atacaba ya así sentirse por encima. Se hace consciente de las causas inconscientes de su comportamiento (inside).

¿Cómo sería su comportamiento en la siguiente sesión?

Llega muy hermético, con sequedad y respuestas ofensivas: “Que tonterías las que dices, pues no entiendo, bah...” (Para Freud sería una resistencia, para Klein una transferencia proyectiva). Lo que el terapeuta piensa y trae a consulta es muy importante porque me va a condicionar la expectativa del paciente. Su actitud, que no es la que espero, quizás hace que como terapeuta busque demasiado las respuestas de la sesión anterior. Yo, que siento una decepción conmigo mismo, que siento un retroceso, busco lo mismo que encontré en la sesión anterior y mi “imposición”, provoca un rechazo en el paciente. La transferencia como intercambio de lo que se da en terapia, depende de cómo se organice la relación.

Las **transferencias negativas** (defensivas, resistentes) como las de este paciente, normalmente responden, son una consecuencia a una ruptura de la sintonización. Él, como terapeuta no sintonizó con esas emociones, el paciente en la sesión anterior se había “desnudado”, había topado con su “por que”; y al ver que el terapeuta rompía con esa sintonización que había el día anterior, no es capaz de reconocer su necesidad de no ser humillado, de su miedo... el terapeuta traía unas expectativas de logro de la sesión anterior, cuando no salen las cosas como necesitamos/pensamos, podemos provocar una ruptura de la sintonización.

¿Qué se debía hacer? Hacer referencia al análisis de las respuestas que se dan en la relación terapéutica. El foco está centrado en qué pasa en nosotros, analizando las rupturas del vínculo, haciendo además, que el paciente contacte con su pasado, se conozca mejor y pueda entender lo que pasa en sus relaciones con los demás.

Por lo que se hablaría sobre esa sesión que no fue bien “tuve una dificultad para ver como te sentiste, me dio la sensación de que te fuiste un poco ofendida”, hacer referencia a qué pasó entre nosotros (no qué le pasó a él, sino en nuestra relación). De esta forma, se pudo ver que cada vez le pasaba algo y la gente se preocupa, le genera mucho agobio.

Por lo que un análisis de la relación en terapia (como un laboratorio) permite al paciente pensar en otras relaciones. Pensar en relaciones del pasado, o relaciones fuera de terapia, es una manera más indirecta que el preguntar “¿Qué tal son tus relaciones fuera?”. Llegando así a conocerse más.

TÉCNICA PSICOANALÍTICA

¿Qué se hace? ¿Qué se dice? ¿Cómo manejamos la relación?

Vamos a terminar de hablar del caso del otro día, psicoanálisis intersubjetivo.

Lectura clásica: esto es transferencia o resistencia, que proviene puramente del paciente. No hay un intercambio de emociones, es solo del paciente hacia el terapeuta, no al revés.

Lectura intersubjetiva: basándose en matriz madre-hijo.

Intercambio de emociones terapeuta paciente, paciente terapeuta.

Ahora las resistencias del terapeuta también cuentan. Esta es la aportación más importante de esta corriente.

La transferencia es el resultado de lo que pasa entre terapeuta y paciente, no lo que pasa en el paciente solo.

Luego, una tarea fundamental del terapeuta es analizar sistemáticamente las rupturas en la relación. Plantearnos que está pasando entre nosotros, en vez de qué está pasando en el paciente.

Hay que ver el porque hay falta de sintonización y discutirlo con el paciente. Esto es lo que permite que la terapia avance, que vea qué aspectos de las relaciones les hacen más daño.

- El paciente al verlo se sentirá mejor, y permite que el paciente vea qué le pasa en las relaciones externas, no solo en la relación terapéutica.

En el ejercicio del caso, el paciente descubre que cuando se siente mal, otra gente le hace más daño.

La relación terapéutica es como un laboratorio en el que el paciente ve como hace sus relaciones.

Este nuevo concepto del trauma, en el que es un acontecimiento interno más el que no haya nadie que sintonice sus afectos.

Ausencia de sintonización que regule emocionalmente al niño.

(Libro en reprografía optativo)

El niño aprende a reprimir sentimientos dolorosos ya que nadie desde fuera le ayuda a regularlos. El niño se pone triste, desde fuera la madre llora más, luego el niño lo guarda y le crea conflicto interior. Trauma. El sentimiento se convierte en traumático, nadie le ha ayudado a comprenderlo o regularlo.

Importante: Distinción entre psicoanálisis y terapia psicoanalítica - se diferencian fundamentalmente en lo técnico. Comparten marco psicoanalítico, comparten creencias. Sin embargo, actúan de manera diferente.

El dispositivo de terapia psicoanalítica se adapta a más campos, tanto enfermos en hospitales, esquizofrénicos...

Estas dos disciplinas son distintas porque lo que buscan es distinto.

Psicoanálisis: Se basa en el uso del diván. Alta frecuencia de sesiones (mínimo dos veces por semana). El terapeuta está fuera del campo visual. El tipo de intervención dura varios años (nunca menos de 3).

El analista tiene posición de mucha neutralidad. No se implica personalmente con el paciente y no se filtra ningún dato de sí mismo. No hay implicación emocional. No hay respuestas empáticas. Los pacientes pueden quejarse de eso. Éticamente no se debe usar psicoanálisis ante problemas urgentes.

Terapia psicoanalista: Frente al uso del diván se hace cara a cara. Frecuencia menor de sesiones (una vez por semana).

Duración no suele pasar los tres años. Dura menos porque es un trabajo focalizado. Frente a la neutralidad psicoanalista, el terapeuta se implica más. Puede conectar emocionalmente con el paciente, puede dar consejo, apoyo...

Autoconocimiento VS Cambio terapéutico – En el autoconocimiento también hay cambio pero no es buscado.

Cambio general VS Cambio focalizado – El psicoanálisis trata de conseguir una transformación integral de la persona, por eso dura tanto.

En el psicoanálisis se busca ir desgranando el mundo interior. Por eso hay que verse tantas veces. La terapia psicoanalítica busca empezar por una parte del mundo interior, busca un conflicto que provoca ese síntoma. Solo aquella parte del inconsciente que tiene que ver con el conflicto.

Introspección VS Relación – El psicoanálisis promueve el autoconocimiento, insight, el dar sentido a nuestro comportamiento frente a la cura mediante tener experiencias relacionales positivas. La terapia combina el autoconocimiento con la experiencia relacional positiva.

Esto explica porque en una el terapeuta es neutro y en otra se involucra. En terapia ofreces una figura de apego seguro y un espacio relacional sano.

Neutralidad: La neutralidad nos sirve para que sea el paciente el que se cura, no nosotros, reduce la dependencia por lo que en terapia es buena usarla también de vez en cuando.

Cuando trabajas desde la relación, es más fácil hacer daño al paciente. Si no se hace bien. El paciente vuelve a vivir mal sus relaciones.

En psicoterapia la neutralidad es muy buena si la persona no es psicológicamente frágil, sino puede ser dañino. La persona debe tener una buena estructura mental, sino puede vivirla como una retraumatización.

Cuando me implico emocionalmente gratifico necesidades del paciente. Un psicoanalista diría que entonces a la persona ya no le hace falta pensar. El pensar se corta con la gratificación.

Hay que tener en cuenta que al establecer una relación significativa con el paciente, él adquiere ciertas lealtades hacia el terapeuta, por lo que esto limita lo que el paciente cuenta: el deseo de agradar.

La neutralidad quita parte de las lealtades inconscientes, y hace pensar más al paciente. Desde mi neutralidad te invito a pensar. Si gratifico a un paciente neurótico, le infantilizo, si no lo hago con alguien “roto” le traumatizo más, por lo que lo mejor es combinar.

Hemos dicho que en ambas técnicas el marco teórico es el mismo. Vamos a trabajar más las terapias psicoanalíticas.

TERAPIAS PSICOANALÍTICAS

Intervenciones verbales: ¿Cómo debemos hacer el diálogo terapéutico? Es diferente a un diálogo normal. Saber lo que le pasa al paciente no implica saber como hablarle. Cuando eres terapeuta todo lo que dices tiene un objetivo, no sale natural ni espontáneo.

Comentario facilitador: Para que el paciente siga elaborando su discurso, asociación libre. Nos interesa que la persona no deje de asociar. Puede ser también no verbal. Por ejemplo: repetir la última palabra... Es muy importante ya que la asociación libre lo es.

- Repetir la última palabra
- Gestos
- Onomatopeyas

Intervenciones de apoyo: Tratamos de reducir la ansiedad del paciente, aumentando su estabilidad. Aludimos al encuadre de la terapia, por ejemplo, la confidencialidad.

Reflejar logros. Celebrar con el paciente las cosas que ha hecho bien. Es importante no fijarse solo en lo patológico, sin embargo,

devolver al paciente una imagen de si mismo positiva puede ser una herramienta, como en la especularización. Permite que su identidad sea más amplia, que tenga más ganas de trabajar en terapia.

Validación empática, respondiendo o legitimando un sentimiento.

Ejemplo: “Se que no es fácil hablar de esto” – Aceptación incondicional

“Esto no va a salir de aquí” – Confidencialidad

“Esto debe ser muy duro para ti” – legitimar un sentimiento

Sirven para reducir la ansiedad, porque uno no siempre está cómodo en terapia.

Preguntas: Sirven para comprender mejor y tener más información sobre lo que el paciente está contando. Saber qué pensaba, qué sentía durante la experiencia que nos cuenta. A veces los pacientes en posición defensiva son muy escuetos, por lo que tenemos que preguntar para ver su mundo interno y hacer que el paciente piense más en su experiencia subjetiva. También incluye la exploración empática.

Descubrir la experiencia subjetiva, qué pensó, qué sintió...

- Adquisición del paciente de la capacidad de profundizar en su experiencia subjetiva

El señalamiento: Sirve para indicar al paciente un patrón de funcionamiento que el tiene. Los pacientes nos dan trozos sueltos de experiencia que muchas veces para ellos no están relacionados, y nosotros que tenemos una idea más continua le damos en un momento dado una imagen unitaria del patrón, donde relacionamos entre si varias manifestaciones sueltas del paciente. La idea es que señalamos un patrón, un patrón de funcionamiento que normalmente no es consciente. Señalar algo que el paciente no ha sido capaz de ver todavía.

1. Hacer consciente lo inconsciente

2. Focalizar la atención en un asunto para que el paciente nos de más información sobre eso. Estamos buscando que el paciente nos ofrezca más material sobre este foco. En este sentido, diríamos que estamos cortando un poco la asociación libre, vamos

fijándonos en trocitos de esa asociación libre.

Una psicoterapia es una especie de juego entre que la persona hable con total libertad (asociación libre) y que se focalice en un tema concreto, mediante el señalamiento y otras técnicas.

La confrontación: También busca hacer consciente lo inconsciente, también busca circunscribir el foco de atención – en este sentido es común con el señalamiento. La diferencia sutil es que en la confrontación lo que señalamos es una contradicción. Los pacientes cometen contradicciones, forma parte del conflicto inconsciente. Agrupamos una serie de conductas, al que le damos un nombre – conjunto A de conjuntas y señalamos que es contradictorio con otros aspectos de funcionamiento del paciente. Ejemplo: llevas varias semanas contándome una situación muy dura y sin embargo me lo cuentas como si fuera algo sin importancia, o riéndote...

La construcción: Es una intervención verbal, particular, se usa poco pero tiene mucho valor para determinados momentos y determinados pacientes. Consiste en narrar una posible experiencia temprana del paciente (nunca podemos saber si eso ha sido así o no ha sido así – lo que nos cuenta + lo que deducimos = sacamos una idea de las experiencias tempranas significativas). Un ejemplo: El terapeuta dice “puedo imaginarme que de pequeña te sentías culpable por la depresión que tenía tu madre”, la paciente no lo ha dicho, y la paciente probablemente no es consciente, pero nosotros que sabemos que eso puede ser así. Asumimos que hay ciertas experiencias tan duras que la mente infantil no es capaz de procesar, de registrar y por lo tanto no crean recuerdos sobre ellas. Entonces nosotros, arriesgándonos un poco construimos un recuerdo para el paciente: le estamos dando voz al niño.

¿Cómo nos aseguramos de que el recuerdo que estamos construyendo es un recuerdo adecuado? Evidentemente, no estamos seguros de que el recuerdo que construimos sea un recuerdo fiel a la realidad y sin embargo, es una intervención que vale mucho en algunos casos. Incorpora una función que no tenían y que está desarrollando el terapeuta por ellos.

Aquí podemos incluir la internalización: El terapeuta ejerce funciones que el paciente no puede ejercer por si mismo y el paciente internaliza las funciones del terapeuta.

La interpretación: Tratamos de aportar una relación causal entre aspectos distintos de la experiencia del paciente. Decimos que A se produce porque B. “Te cuesta mucho ser feliz porque cuando eras feliz de pequeña te castigaban”. Lo que diferencia a la interpretación del señalamiento o confrontación es que hay un nexo causal. En el señalamiento decíamos “Cada vez que te sientes contenta, te tienes que disculpar”, esto es simplemente una descripción de un patrón, sin embargo no se le atribuye causalidad. “Cada vez que te sientes contenta, te tienes que disculpar” (señalamiento) “porque sientes que tu alegría puede destruir a otro” (interpretación).

El nexo de interpretación puede ser:

- Causal: A porque B, Haces esto por esto otro.
- En términos de funciones: A para B, haces esto para conseguir esto otro.

La interpretación puede ser un instrumento muy curativo o muy dañino, entraña riesgos importantes.

¿Cuáles son las condiciones para que una interpretación sirva?

1. El tiempo “timing” – La idea es que una interpretación puede ser muy correcta pero muy inoportuna, que no llegue en el momento adecuado. Entonces, en cuanto al tiempo, tenemos que decir que tiene que ser en un momento que el paciente esté preparado para entender la interpretación, y por el otro que el paciente tiene las defensas suficientemente bajas. Nunca se puede calcular a priori, esto pasa en el mismo intercambio y nos lo encontramos; en el aquí y en el ahora.

2. La alianza terapéutica – Se tiene que hacer en un marco donde haya una buena alianza terapéutica. El paciente tiene que sentir que él y su terapeuta comparten los mismos objetivos, que la calidad afectiva de la relación es suficientemente buena.

3. El lenguaje – tiene que estar adaptado a lo que el paciente es capaz de entender. Esto puede ser vivido como una amenaza – no estoy a la altura de esta terapia porque no entiendo las cosas... etc.

Estas son las condiciones para que una interpretación tenga sentido para el paciente, para que provoque cambios, para que sea transformadora.

¿Cómo sabemos si una interpretación ha funcionado bien?

A veces sabemos que una interpretación ha funcionado porque el material que nos trae en la sesión siguiente es más rico. A lo mejor ni el mismo te lo reconoce, pero ves que se piensa de una manera más profunda, que tiene las defensas más bajas, que el material que te da es mucho más rico.

Otras veces es cuando la interpretación provoca un cambio de conducta (esto pasa las menos de las veces – los cambios normalmente se van dando despacio - las interpretaciones milagrosas son muy muy raras).

La interpretación debería siempre tener un cierto carácter de provisionalidad, que cuando se lo transmitimos al paciente, se lo transmitimos casi siempre como una hipótesis, algo que es provisional. Es una solución tentativa a un problema y a partir del momento que la interpretación sale de tu boca, es un material que compartes con el cliente y los dos tenéis derecho a modificarla, a reformularla... Uno de los riesgos que tenemos es aplicar las interpretaciones como si fueran un conocimiento indiscutible “yo me he dado cuenta de que le pasa esto, y si usted lo cambia o lo corrige, es que usted se está resistiendo” y no tiene porque ser así – es una hipótesis que yo comparto con el paciente y a partir de ahí a ver que pasa con ella.

Contenidos de la interpretación ¿Cuál debe ser?

1. Defensas
2. Experiencias pasadas
3. Transferencia
4. Fantasías inconscientes

Malan nos habla de un modelo que permite organizar el contenido terapéutico en la interpretación y dice que el conflicto psíquico, se podría resumir en 3 ingredientes:

1. **Sentimiento oculto/pulsión:** Emociones que se han vuelto peligrosas a lo largo del desarrollo y han tenido que reprimirse.

2. **Angustia:** que provoca ese sentimiento cuando va a manifestarse. (lo que puede ser fantasía inconsciente)
Ej: el niño reprime su agresividad porque la considera peligrosa.
Angustia: fantasía sobre ese sentimiento. Si muestro angustia pierdo amor.

3. **Defensas:** que el paciente pone en juego para evitar la angustia. Frente al miedo a quedarse solo, pone en marcha conductas o emociones que tapan el sentimiento oculto y protegen de la

angustia. Ej: volverse especialmente simpático...

TRIÁNGULO

Sentimiento
oculto/pulsiones

Defensa

Angustia

Ej: Volverse especialmente simpático – cuando tienes que enfadarte, te vuelves más simpático

- Te vuelves más simpático porque tienes miedo de lo que pase si muestras enfado defensa ante la angustia
- Cuando te enfadas sientes que tus padres pueden dejar de quererte sentimiento oculto/pulsión que provoca angustia.

Malan ofrece también los diferentes escenarios racionales donde se puede dar el conflicto:

Triángulo de las personas: Terapeuta / paciente del presente / paciente del pasado

**Persona pasado
(cuidadores)**

Terapeuta

Persona presente

- “Cada vez que te enfadas conmigo (**terapeuta**) te vuelves especialmente simpático”
- “Cada vez que te enfadas con tu pareja (otros) te vuelves especialmente simpático”.

Cuando usemos algunas técnicas podemos hacerlo con alguno de

los 3 ingredientes dentro de un escenario personal particular.

Se puede estudiar casi a cualquier paciente neurótico juntando estos 6 elementos.

Transferencia y contratransferencia

Transferencia: Sentimientos que surgen solos, empujan a los otros a que se comporten como quiere.

Activación de sentimientos y de formas de relacionarse correspondientes al pasado en la relación con el terapeuta = transferir las relaciones pasadas (esquemas relacionales) a las actuales relaciones (o si se produce solo en terapia).

Ejemplo: Persona humillada con sus cuidadores o en terapia tiende a verse humillado:

Primera perspectiva: Haga lo que haga el terapeuta, él va a sentirse humillado.

Segunda perspectiva: Empuja al terapeuta a comportarse de esa forma.

Utilidad:

1. Parte del funcionamiento del paciente que no controla y nos da acceso al inconsciente/al conflicto.

2. Se ponen en juego los aspectos del pasado que no han sido resueltos.

3. Da la oportunidad de resolver el conflicto, le permite descubrir qué teme y la causa del conflicto: **Experiencia emocional correctora** – se produce en terapia – corrige las expectativas que trae el paciente.

4. Permite a las interpretaciones ser más convincentes porque es mucho más visible. Da el material afectivo directo sobre el que

podemos interpretar, no lo puede negar porque lo vive. En el momento con el terapeuta.

Actitudes frente a la transferencia:

1. Interpretar la transferencia: un material para pensar – lo señalamos.

Objetivo: reactivar la capacidad de pensar, hacer consciente lo inconsciente, insight. Pertenece al psicoanálisis clásico.

2. Permitir que la transferencia adquiriera mayor consistencia, que se despliegue, que se manifieste. Kohut y el psicoanálisis del self estarían aquí – además se gratificaría la transferencia.

Un paciente que viene con exhibicionismo, se lo permitimos y gratificamos. Le podemos decir “verdaderamente las cosas que usted ha conseguido parecen importantes”.

No solo pensamos para el paciente, sino ejercemos funciones muy básicas para él. No solo con narcisistas, también si necesitan apoyo emocional, un consejo...

Detrás hay dos grandes objetivos:

1. Insight – hacer consciente lo inconsciente – reactivar la capacidad de pensar.

2. Ofrecer experiencias que han faltado de sintonización emocional, especulación... - en la segunda opción ejercemos papel de figura de apego en via de promover que la persona piense.

Contratransferencia:

Freud lo descubre en 1910. Para él siempre ha tenido menos importancia. Dice que lo mejor que podemos hacer es superarla. Lo ve como un obstáculo en el tratamiento.

“Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a su paciente”.

Freud tiene la idea de terapeuta como neutro, luego la contratransferencia lo contamina, lo que hace falta es poner distancia.

En 1940 una discípula de Klein: Paula Heinman dice que la contratransferencia es importante y forma parte del tratamiento. Aquí la identificación proyectiva es importante. A través de ella, los pacientes colocan en nosotros aspectos de su psiquismo. Por lo que, la contratransferencia no es nuestra neurosis, si no el resultado de que el paciente no puede pensar por si mismo y nos la coloca a nosotros.

- Dice que la contratransferencia es un resultado de la identificación proyectiva.

Por ejemplo, sentimientos que podemos tener: frustración, nerviosismo, enfado, aburrimiento, ternura/cariño/comprensión, fantasía de rescate...

A través de fantasías diurnas y sueños, el terapeuta se da cuenta de pensamientos y emociones inconscientes.

La contratransferencia es un fenómeno transversal, no solo ocurre en consulta, entre sesiones también.

La contratransferencia merece ser pensada, porque nos informa sobre el paciente y también sobre nosotros mismos. Me informo sobre quien soy yo y cuales son mis puntos ciegos. También me ayuda a conocerme a mi mismo.

Actuar la transferencia es pasar el estado interno a actos externos (acting-out), esto es perjudicial para el paciente.

Por ejemplo: ante el enfado, si actúo, castigo al paciente. aburrimiento – indiferencia, ternura – seducción, fantasía de rescate – paternalismo...

