



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**MODALIDAD: MONOGRAFÍA**

**CAMBIO PSÍQUICO EN PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA**

ESTUDIANTE: XAN ISMAEL GONZALEZ CANCELA

CI: 3.214.246-2

TUTORA: PROF. AGDA. ROSA ZYTNER

*MONTEVIDEO URUGUAY 2015*

INDICE:

1. - Resumen.....	2
2. - Introducción.....	3
3. - Desarrollo: Cambio psíquico.....	4
3.1. - Contribuciones de Sigmund Freud.....	4
3.1.1. - Primeras aproximaciones.....	5
3.1.2. - Conceptualizaciones posteriores.....	7
3.2. - Relación paciente/analista.....	10
3.3. - Viabilidad del cambio.....	14
3.4. - Contribuciones de Melanie Klein.....	16
3.5. - Cambio / no cambio .....	17
3.6. - Indicadores del cambio.....	20
3.7. - Analista, circunstancias analíticas.....	24
3.8. - Alcance y profundidad del cambio.....	25
4. - Conclusiones.....	27
5. - Referencias bibliográficas.....	29

## 1 - RESUMEN:

El presente trabajo realiza una recopilación bibliográfica sobre el cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica.

Se hace foco en los conceptos desarrollados principalmente por Freud pero también se intenta articular con otros autores. Todos ellos analizan y desarrollan, en mayor o menor medida, el concepto de cambio psíquico. A pesar de los distintos enfoques también comparten unicidad de criterios en ciertos puntos por ejemplo la importancia de hacer consciente lo inconsciente, el ensanchamiento del Yo o la relevancia de la transferencia para el cambio, entre otros.

Se intenta conocer no sólo el significado del cambio psíquico sino también su implicancia en la clínica, su modo de observación, y su efecto en el paciente.

Se aborda tanto con autores contemporáneos como históricos. Viendo la evolución de los conceptos a lo largo del tiempo. Por ejemplo se destaca la ampliación del concepto de cambio psíquico planteado por Freud, en el cual la premisa era hacer consciente lo inconsciente, mediante la incorporación de la noción de un ensanchamiento del Yo colonizando aspectos del Ello.

Se entiende que en el desarrollo de una psicoterapia psicoanalítica se suceden cambios en el paciente pero también en el analista. Se hace foco en el primero, atendiendo distintos aspectos del cambio psíquico, pero también se esboza algunas nociones de los cambios que se suceden en el analista.

El trabajo se encuentra surcado transversalmente por interrogantes que sirven como guía de análisis.

## 2 - INTRODUCCIÓN:

El motivo del presente trabajo surge de un particular interés por la psicología clínica y la convicción del cambio como eje modal de ese encuentro paciente/analista. Entendiendo el cambio como una evolución favorable en el paciente.

Se concibe al psicoanálisis como un método de investigación, un método terapéutico y un conjunto de teorías. En tanto método terapéutico aspira a una mejoría del paciente en relación con sus síntomas. Mejoría que es habilitada gracias al cambio psíquico.

Se pretende indagar el cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica. Surgen entonces varias preguntas, como disparadores, para ir desasnando a lo largo del trabajo.

¿Qué es el cambio psíquico? / ¿Cómo se logra el cambio psíquico? / ¿Qué es lo que cambia? / ¿Cómo participa el terapeuta en ese cambio? / ¿Cómo influye la relación paciente/analista? / ¿Qué lo promueve? / ¿El cambio psíquico se da en todos los sujetos? / ¿Es bueno el cambio? / ¿Es un concepto abstracto o es medible de alguna forma? / ¿Qué factores inciden en las posibilidades de cambio en el paciente? / ¿Existe el no-cambio? /

Muchas de estas respuestas dependen en gran parte de las distintas corrientes psicoanalíticas, sus objetivos terapéuticos y sus criterios de curación. Pero también existen aspectos comunes en todas las teorías.

No se pretende dar una conclusión acabada de cada una de esas preguntas sino más bien utilizarlas como palanca de pensamiento.

Frecuentemente se entiende el cambio como transición, mutación o modificación de una cosa en otra. Refiere a dejar una cosa y/o tomar otra. El trabajo aspira a conocer la implicancia del cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica.

### 3 - DESARROLLO, CAMBIO PSÍQUICO:

Este trabajo realiza un estudio sobre el concepto de cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica. Los principales ejes temáticos que se abordan son: la noción de cambio psíquico en el paciente, la importancia de la transferencia para el cambio, la viabilidad del cambio, el no-cambio, los indicadores de cambio, el cambio en el analista y por último se abordan ciertas consideraciones con respecto al alcance y la profundidad del cambio.

No se intenta realizar un análisis exhaustivo de cada una de estas temáticas, sino proponer un punto de partida para pensarlas. Los conceptos de Freud se encuentran a lo largo de cada una de esas temáticas, viendo sus contribuciones al respecto, pero también se toman los aportes de otros autores de la época y post freudianos.

#### 3.1 - CONTRIBUCIONES DE SIGMUND FREUD:

Como punto de partida se considera relevante mencionar que Freud produjo una ruptura en cuanto a la concepción del ser humano, en la manera en que tenía el individuo de concebir su psiquismo y su vida anímica. Esa ruptura fue piedra fundante para poder pensar el cambio psíquico.

Ya en su texto Tratamiento psíquico (tratamiento del alma), Freud (1984/1890) plantea la relación cuerpo-alma desde un lugar del conocimiento que hasta ese momento era desconocido. Sostiene que:

Tratamiento psíquico quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma –ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico. (p. 115)

Vemos que, en función de los aportes de Freud, se considera al ser humano comprendido por un psiquismo consciente y voluntario, y también por un psiquismo inconsciente del que no se tiene conocimiento, se desconoce sus causas y sus efectos. En la interacción de ese psiquismo (inconsciente y consciente) se sucede la vida anímica del sujeto. Freud considera que a

determinadas perturbaciones anímicas (y también corporales) corresponde un tratamiento psíquico para hallar la cura.

A través del método psicoanalítico erige un instrumento para mediar entre el sujeto y su padecimiento, entre el sujeto y su inconciente. Entendiendo a la palabra como instrumento principal para influir sobre la vida anímica del paciente. También utiliza la asociación libre, la interpretación de los sueños, la abstinencia, etc.

En este sentido se destaca el aporte de Tabak de Bianchedi (1990) que afirma que: “La propuesta del psicoanálisis es el cambio psíquico” (p. 10). Para la autora el cambio psíquico está incluido explícitamente en la teoría psicoanalítica tanto en sus objetivos terapéuticos y sus criterios de curación como implícita a través de las tareas de insight y elaboración, el desarrollo e integración de la vida del paciente.

Vale preguntarse entonces, ¿con qué objetivo pretende el psicoanálisis este cambio?

Justamente, porque hay algo en el mundo interno del paciente que necesita ser movido para generar una mejoría, un cambio, y así lograr un estado de madurez psíquica.

Antes de profundizar sobre el concepto de cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica se cree pertinente avanzar en la noción de aparato psíquico planteado por Freud, en donde se destaca la existencia de tres instancias principales: inconciente, preconciente y conciente.

### 3.1.1 - PRIMERAS APROXIMACIONES:

Freud realiza entonces una ruptura en cuanto a la concepción del ser humano. Propone la existencia de un aparato psíquico mapeado, en su obra, por primera vez a lo largo de la historia. Introduce los conceptos de inconciente, preconciente y conciente para entender su funcionamiento y los procesos anímicos que se suceden en la vida del ser humano y esos conceptos resultan prioritarios para comprender el cambio psíquico. Nos dice que:

Una representación –o cualquier otro elemento psíquico- puede estar ahora presente en mi conciencia, y un momento después desaparecer de ella; puede re aflorar intacta después de un intervalo, y hacerlo, como decíamos nosotros, desde el recuerdo, no como consecuencia de una nueva percepción sensorial. (Freud, 1984/1912, p.271)

Freud se refiere entonces a la existencia de un lugar en el espíritu en donde esa representación queda, no desaparece, mientras no se es consciente de ella. No se desvanece sino que subsiste latente aunque ausente de conciencia. A ese estado en el espíritu lo denomina inconciente. Y Conciente al lugar dónde se encuentra la representación mientras se repara en ella. También hace referencia al preconciente, diferenciándolo del inconciente y de la conciencia. Y la diferencia la establece según la intensidad de la representación al decir que:

Estábamos acostumbrados a pensar que todo pensamiento latente lo era a consecuencia de su debilidad, y devenía consciente tan pronto cobraba fuerza. Ahora hemos adquirido la convicción de que hay ciertos pensamientos latentes que no penetran en la conciencia por intensos que sean. Llamaremos entonces preconcientes a los pensamientos latentes del primer grupo, mientras que reservaremos el término inconcientes para el segundo grupo, que hemos estudiado en las neurosis. (Freud, 1984/1912, p.273)

Ese desgaste en la intensidad de la representación se da debido a que al producto del inconciente le es imposible penetrar en la conciencia, a no ser a través de un gasto de energía. Este gasto se debe a la presencia de las defensas en el sistema psíquico que se interponen entre el inconciente y la conciencia.

Freud (1984/1912) afirma que: “Hemos hallado un preconciente eficiente, que sin dificultad, pasa a la conciencia y un inconciente eficiente, que permanece inconciente y parece estar cortado de la conciencia.” (p. 275).

Es decir, Freud sostiene que una representación es consciente por un instante y luego parece desaparecer de nuestros registros pero puede volver más adelante en el tiempo, bajo ciertas condiciones. Sustenta entonces que esa representación se mantiene latente-susceptible de conciencia, es decir: inconciente. Pero, puede suceder que, esas representaciones o procesos anímicos por muy intensos que sean no se vuelven consciente sino que se mantienen inconscientes. Es de suponer entonces que una fuerza evita que lleguen a la conciencia. Lo que demuestra el psicoanálisis es que por medio del trabajo clínico es posible contrarrestar estas fuerzas y devenir consciente lo que hasta ese momento estuvo negado a serlo. Se le denomina represión al estado en que esa representación se encuentra previo a que se tornen conscientes. Y la resistencia es la fuerza en la que se apoya la represión.

Lo reprimido es entonces, para Freud, el modelo de lo inconciente. Propone la existencia de dos tipos de inconcientes, -lo latente- aunque susceptible de conciencia y lo reprimido que es impenetrable de conciencia. A lo primero lo denomina preconciente y a lo segundo inconciente estableciendo así las tres instancias del aparato psíquico, consciente, preconciente e Inconciente.

Freud genera a partir de estos descubrimientos un cambio de paradigma sobre la concepción que tiene el ser humanos de sí mismo. A partir de ahora sus actos y sus deseos están influenciados no solo por lo que el ser humano tiene conciencia de sí, sino también por factores de los que desconoce sus causas y relaciones que escapan de su conciencia.

### 3.1.2 - CONCEPTUALIZACIONES POSTERIORES:

Pero ¿cómo influyó esta nueva concepción del psiquismo en el cambio psíquico? Para desasnar esta pregunta se cree conveniente desarrollar los conceptos de Freud trabajados en su segunda tópica en dónde da una noción más completa y abarcativa de la estructura psíquica.

En el texto El Yo y el Ello, Freud (1984/1923) desarrolla su segunda tópica en dónde plantea tres instancias en el aparato psíquico: Yo, ello y Superyó. Plantea que el Yo: “gobierna los accesos a la motilidad, vale decir: a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior.” (p.19).

Sostiene que el Yo depende de la conciencia pero dentro del mismo existe un inconciente que está relacionado con esas resistencias que Freud estudia en el análisis de pacientes. Resistencias que parten del yo, (y también del sentimiento inconciente de culpa) pero de las que el paciente no tiene conciencia por lo que no es correcto decir que lo reprimido se relaciona únicamente con lo inconciente. El sujeto no tiene noción de ella (la resistencia) pero su existencia se nota con claridad en la clínica. Llega a la conclusión entonces que:

Discernimos que lo lcc no coincide con lo reprimido, sigue siendo correcto que todo reprimido es lcc, pero no todo lcc es, por serlo, reprimido. También una parte del yo,



Dios sabe cuán importante, puede ser icc, es seguramente icc. (Freud, 1984/1923, p. 19.)

El Ello, por su parte, representa los impulsos, las necesidades más inmediatas, los deseos más elementales. No es sinónimo de inconciente ya que, cómo se menciona anteriormente, también hay partes del yo que son inconcientes.

Y por último, conformando la estructura psíquica, el Superyó. Representa los pensamientos morales y éticos que tiene la sociedad. No está conformado desde el comienzo de la vida del ser humano sino que surge a partir de una internalización de la figura paterna y tiene influencia en el factor de sociabilización del ser humano.

Por lo tanto en la primera tópica se desarrollan los conceptos de inconciente, preconciente, conciente. Y esta se integra, no se anula, con la segunda tópica: Yo, Ello y Superyó.

Se entiende que con esta introducción al funcionamiento y la estructura psíquica es posible una mejor comprensión de la noción de cambio psíquico.

#### *Hacer conciente lo Inconciente.*

Spivacow (2012) reflexiona acerca de estos conceptos y plantea que en psicoterapia psicoanalítica: "Freud valoraba grandemente el trabajo de hacer conciente lo inconciente en cierta relación transferencial, éste era para él el camino central en el cambio psíquico" (p.1).

Hacer conciente lo inconciente. Aquí parece estar el nudo central del cambio psíquico en la vida anímica de un paciente, en el transcurrir de una psicoterapia psicoanalítica. Hacer conciente lo inconciente. Este autor plantea que a partir de allí, la conciencia puede tomar noticia de los funcionamientos inconcientes y por lo tanto tener mayor control sobre el psiquismo. Allí se logra el cambio.

Se introduce entonces el trabajo psicoanalítico que desarrolla Freud. Recordar lo olvidado, para reconquistar los recuerdos perdidos, a través de los sueños, la asociación libre, etc. A través del trabajo analítico se logra visualizar los retoños de los afectos reprimidos, levantar las resistencias y hacer conciente lo inconciente promoviendo un cambio favorable en el paciente.

Pero el concepto de cambio psíquico sufre algunas modificaciones en los textos siguientes de Freud y para comprender esa evolución se abordan los aportes posteriores en su obra.

*Donde era el Ello, devenga el Yo.*

Se ve entonces que Freud le da un valor superlativo al hecho de hacer conciente lo inconciente para la cura psicoanalítica. Pero en el transcurso de su obra profundiza esta noción de cambio psíquico. Lo que al comienzo está limitado a levantar una resistencia y acceder a lo reprimido, más adelante fue modificándose. Spivacow (2012) afirma que Freud tiene una evolución en cuanto a este concepto hasta hacerlo más específico.

Si inicialmente se trataba de hacer conciente lo inconciente, luego se trató de que donde era el Ello advenga el Yo. Del inconciente al Ello y de lo conciente a la noción de Yo crece más y más la complejidad de los factores en juego. (p. 13)

Lo que se modifica es la defensa, se modifica la posición del Yo. Ya no expulsa la pulsión ni al superyó ni a la realidad como sucedía antes. Ahora, por el trabajo clínico haciendo conciente lo inconciente, intenta negociar con esas instancias, modificando las defensas. Entonces tenemos un Yo trabajando para conciliar estas tres instancias: las pulsiones (Ello), el Superyó (padre/madre internalizados, moral), y las de la realidad.

Quando expusimos que el cambio psíquico se relaciona con la modificación de la defensa, hacíamos referencia a que desde el punto de vista psicoanalítico freudiano, se modifica la posición del yo, que ya no expulsará a la pulsión ni al superyó ni a la realidad, sino que entablará transacciones con dichas instancias, siendo en estas luchas donde se hace evidente el cambio de la defensa. (Caride de Mizes, 2011, p.6)

Entonces, para comprender el cambio psíquico se lo debe conceptualizar como un ensanchamiento del yo colonizando aspectos del Ello. Freud cambia, amplía su concepción. El método terapéutico se torna más sólido, con mayor incidencia sobre el psiquismo del paciente. Se espera que el Yo del paciente sea capaz de lidiar con las exigencias del superyó, y las pulsiones del Ello. Hay un cambio sustancial en esta diferencia que le brinda al paciente mayor herramientas, no solo para combatir con su propio padecimiento sino también para tener una maduración psicosexual, una vida más integrada, relaciones más sanas, una mayor adaptación

a la realidad y una disminución de los conflictos psíquicos. En conclusión una vida una vida más saludable a partir del cambio.

Schkolnik (2008) sostiene que: “Donde Ello era Yo debo advenir.” (p.10) y plantea que estas nociones de cambio psíquico están plenamente vigentes en la actualidad.

Al comienzo del presente trabajo se realizan varias preguntas como punto de partida para poder desandar el camino de la noción de cambio psíquico. Por ejemplo ¿qué es el cambio psíquico? y ¿qué es lo que cambia? Con el desarrollo hasta el momento podemos tener ciertas conclusiones sobre estas preguntas.

El cambio psíquico es entonces hacer conciente lo inconciente, logrando un ensanchamiento del Yo que se apodera de aspectos del Ello, logrando así mayor independencia del Superyó y estableciendo relaciones más amigables con la libido.

### 3.2. - RELACIÓN PACIENTE/ANALISTA:

*¿Cómo participa el analista en ese cambio psíquico? / ¿Cómo influye la relación paciente/analista?*

Se ha visto cómo el proceso terapéutico se inscribe dentro de un proceso que apunta a un crecimiento psico/emocional y la resolución de una situación de padecimiento psíquico. Se cree pertinente entonces abordar las cuestiones que aún no se han resuelto ¿Cómo se logra el cambio psíquico? y ¿cómo participa el analista en ese cambio psíquico?

Para tratar estos aspectos se toman en cuenta los conceptos desarrollados por algunos autores que hacen foco en la relación paciente/terapeuta y su implicancia para el cambio psíquico. En este sentido se destaca la noción de transferencia cómo un elemento clave para el cambio.

*Transferencia, cambio psíquico*

Como punto de partida para pensar esta temática se toma cuenta el aporte de Speziale-Bagliacca (1990):

Sólo consiguiendo interiorizar, día tras día, un analista no omnisciente, un analista que para pensar a veces necesita tiempos largos además de una relativa serenidad, con otras palabras, solo percatándose de la importancia de la función continente de este analista, el paciente ayudado con interpretaciones puntuales, podrá enfocar lo que es útil cambiar en sí mismo. (p. 55)

Se entiende necesario que el paciente, primeramente, sea capaz de observarse, de pensar sobre sí mismo antes de intentar curarse. Y eso se logra si se interioriza la figura del analista. Se accede a un cambio positivo si el paciente se identifica con la parte pensante y analítica del terapeuta. Este debe proponer que se analice lo que le sucede en su vida anímica para así poder modificar sus defensas. Mostrar un camino de análisis para que el paciente se interese (al igual que lo hace el terapeuta) por su mundo interno, su pensamiento y sus emociones. El analista es continente, y eso también debe introyectar el paciente para sentir seguridad sobre su propio análisis. El objetivo sigue siendo agrandar el Yo a través, justamente, del trabajo en transferencia.

Schkolnik (2013) destaca como prioritario “el deseo de análisis vinculado a la curiosidad frente a lo desconocido que pueda surgir en ese trabajo en común que se disponen a realizar ambos, manteniendo una postura abierta frente a lo desconocido, sin someterlo a teorizaciones defensivas.”(p. 27)

Cómo plantea García Vázquez (2005) esta tarea es habilitada en el trabajo en conjunto: “Para afrontar los conflictos es necesario asumir la propia subjetividad, historizarse, y esta tarea sólo puede constituirse desde y con otro. El descubrimiento de la historicidad solo prospera a partir de la conjugación del recuerdo compartido y comunicado”. (p. 65)

Es decir que, por un lado debe existir un paciente que tenga curiosidad y necesidad de pensar sobre su propia vida y su padecimiento, y por otro debe constituirse la figura del analista en tanto continente y promotor del cambio.

Entonces, a través de la sugestión analítica se propone un camino de autoconocimiento. Se visualiza una estrecha relación entre el cambio psíquico y la relación paciente/analista. Se entiende que el cambio depende de hasta qué punto el paciente establece esa alianza, basada en la cooperación, con el analista.

### *¿Cómo participa el analista en ese cambio psíquico? Construcciones en análisis*

A continuación se plantea cómo la palabra del terapeuta tiene un valor trascendental en el proceso de cambio psíquico, favoreciendo que el paciente salga de la repetición sintomática. Para ello se toman como punto de partida los aportes de Freud.

Es posible realizar construcciones en el análisis, dice Freud (1984/1937), ya que todo lo esencial se conserva, aunque parezca que no, que no se tiene conciencia de ello y parece olvidado, todavía persiste de algún modo. Entonces si esa vivencia aún existe de alguna forma, es cuestión de la técnica y del trabajo del paciente, lo que permite echar luz sobre ella. Lo que se realiza entonces son construcciones, una sobre otras, para llegar al punto donde el paciente sea quien realice efectivamente el movimiento. Las construcciones son en este sentido preliminares del cambio.

Freud prefiere no referirse a ellas como interpretaciones sino como construcciones. La interpretación es a partir de un factor puntual, aislado, por ejemplo una ocurrencia o un acto fallido. Mientras que construcción es a donde se arriba a partir de varios datos o indicios que se brindan en la clínica o alguna intervención del terapeuta que denota otro tipo de proceso. Freud reflexiona sobre las consecuencias que tiene para el proceso clínico y para el paciente realizar una construcción equivocada. Y afirma que en realidad eso no es un inconveniente ya que el paciente toma lo que efectivamente tiene relación con su padecimiento. Una construcción equivocada tiene únicamente un problema de tiempos, en tanto la construcción real, se ve demorada por esta construcción errática, pero no tiene efectos negativos en el paciente. Si después de realizada la construcción el paciente hace caso omiso de eso, no genera cambios ni defensas, ni alteraciones en él, se sabe entonces que lo dicho no corresponde con la historia del paciente. Esos cambios o manifestaciones del paciente no solamente son verbales, de aceptación o no, sino también se debe atender a sus reacciones, lo que le provoca esa construcción. Si se siente afectado o no. No se trata pues de que el analista quede sujeto a una construcción que ha hecho y ha manifestado al paciente. Si este no reacciona de acuerdo a los indicios que son esperables, entonces se debe abandonar dicha construcción ya que no ha sido efectiva. Por lo tanto un sí o un no del paciente no debe tener valor en sí mismo sino estar sujeto a otras reacciones y otros efectos de lo dicho. Un sí puede esconder una comodidad para su resistencia por ejemplo.

¿Cuál es el objetivo de que el analista realice una construcción y se la mencione al paciente? Justamente evocar un recuerdo en el analizado. A veces no se llega al recuerdo, ya que las

resistencias no lo permiten pero igualmente el paciente puede creer que esa construcción es real y coincide con su historia personal, entonces “en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado”. (Freud, 1984/1937, p. 267).

Feldman (2011) considera la transferencia como un punto clave para el cambio. Pero realiza una observación, una advertencia, planteando que no hay que hacer caso, solamente, a lo que el paciente dice verbalmente sobre las interpretaciones o construcciones, porque estas pueden ser, muchas veces, interpretaciones erróneas para mantener las defensas, o como resultado de las defensas, y no generar finalmente el cambio deseado. Por lo tanto es importante atender también no solamente al tono, sino también a la atmósfera que se percibe y las respuestas dadas por el analista.

En este sentido:

Al prestar atención detallada a estos procesos en los pacientes, y a la interacción entre ambos, el analista puede empezar a encontrar un sentido a la forma en que los pacientes están utilizando su propia mente y las interpretaciones del analista. (Feldman, 2011, p. 4).

Cada paciente establece una relación distinta con su analista, y eso refiere a su mundo interno, sus fantasías, sus conflictos. El vínculo que el paciente establece debe ser usado como una herramienta trascendental para el analista.

Por ello, el terapeuta, debe estar atento a “La manera en que los pacientes usan la relación con el analista, y específicamente sus interpretaciones, nos proporciona una información crucial sobre las dinámicas internas de las mentes de nuestros pacientes.” (Feldman, 2011, p. 5).

Es decir que es de relevancia lo que el paciente ha hecho con una interpretación, los efectos que produce y lo que el analizado hace con ella ¿le genera ansiedad, sentimientos persecutorios, se hace cargo y transforma algo en él?

### 3.3. - VIABILIDAD DEL CAMBIO:

*¿Todas las personas pueden cambiar con un proceso de psicoterapia psicoanalítica?*

Se ha visto cómo el analista, a través de sus construcciones y de entender la transferencia como determinante del cambio, influye sobre el proceso psicoterapéutico de un paciente. Pero al comienzo del trabajo se plantea la pregunta de si todas las personas pueden transitar por un cambio psíquico dentro de una psicoterapia psicoanalítica.

En gran medida las posibilidades de analizabilidad dependen de si el sujeto es capaz de enfrentarse a sus propios temores, inseguridades, su padecimiento. Y para ello debe estar motivado por el deseo de modificar algo en él y en su entorno. Recorrer un camino que pretende una mejoría pero que puede generar miedos, dolor y angustia el transitarlo. A su vez, para ello el paciente debe establecer con el terapeuta una alianza de trabajo. Entonces, por un lado tenemos el deseo como motivador mejora y por otro lo desconocido, lo que se esconde detrás del sufrimiento y de la angustia.

Según la corriente psicoanalítica freudiana, existen distintos lazos que se pueden establecer entre el paciente y el analista y de ello depende, no únicamente pero sí en gran medida, el éxito o el fracaso de una terapia. Surge entonces la pregunta de si todos los sujetos pueden establecer esos lazos con el analista. Lazos que habiliten el cambio.

Caride de Mize (2011) plantea que para Freud el criterio de cambio psíquico está vinculado a la parte neurótica de la personalidad.

Hemos visto la preponderancia de la transferencia para el trabajo psicoanalítico. Pero ¿es posible que no exista la transferencia en un proceso psicoanalítico? Y en ese caso, ¿qué sucede con el cambio psíquico?

A continuación se intenta profundizar en este concepto, a los efectos exclusivamente de comprender el fenómeno de la transferencia relacionada con el cambio psíquico, sin la intención de ahondar en otros conceptos psicoanalíticos que excedan la pertinencia del presente trabajo.

*Transferencia: neurosis/psicosis*

Tabak de Bianchedi (1985) desarrolla el concepto de transferencia, para Freud, en relación a la neurosis y psicosis, y la posibilidad (o no) de cambio psíquico. Se desarrolla la existencia de un estadio primitivo en el desarrollo libidinal. Al comienzo denominado autoerótico y posteriormente narcisista, del que se sale cuando la libido invierte representaciones de objeto. En el transcurso de la neurosis (por introversión y por represión) estas investiduras quedan en el inconciente. Pero, en la terapia, son capaces de invertir a la representación del analista y por lo tanto es posible establecer transferencia. En la psicosis en cambio no existe la retracción libidinal, la libido deja entonces de ser libido objetal para ser libido narcisista. No tiene, por lo tanto, la posibilidad de invertir ninguna representación de objeto. Solamente puede investir al yo pero no puede transferir sus cargas a una representación preconscious, como sucede en la transferencia.

Según la teoría freudiana no es posible establecer transferencia para el paciente psicótico y por lo tanto es imposible su tratamiento clínico. Es decir, el paciente psicótico, no es capaz de establecer una relación transferencial con su analista, por lo que quedará sin efecto un abordaje terapéutico y su cambio psíquico, inviable.

César Merea (1985) se refiere al término narcisismo, y sostiene que si existe una predominancia narcisista, el Yo tiene una visión distorsionada de sí mismo, exagerada, en relación a todo lo demás, al entorno, a lo otro, al no-yo. Esta diferenciación entre el adentro y el afuera, entre el yo y los objetos, es fundamental para la cura de transformación de lo real en objetos considerados como tales, los objetos no-yo. Si esto falla, se produce una alteración en la percepción de la realidad y entonces los objetos son tomados como partes del yo.

García Vázquez (2005) también desarrolla este concepto y sustenta que para Freud, solamente en los pacientes neuróticos se pueden notar cambios psíquicos. Sostiene que:

Para que este método se ponga en marcha es necesario que la estructura del paciente esté atravesada por la represión, es necesario que el paciente tenga una novela, lo que le permitirá asociar libremente y que lo obligará a resistir, a tratar de mantener a raya lo reprimido, sosteniendo el síntoma que requerirá de su desarmado a través de la interpretación del analista en transferencia. (p.62)

Y plantea que ese encuentro está marcado por la repetición de lo traumático infantil, siempre sexual y edípico. Trabajando las resistencias se puede resignificar esos traumas.



Spivacow (2012) se plantea que el cambio está en dependencia directa con la posibilidad de activar un cierto tipo de transferencia que favorezca el análisis. Los pacientes con ansiedades persecutorias activan transferencias con el analista pero que resultan inconducentes a los efectos del cambio psíquico, ya que son transferencias negativas.

#### 3.4. - CONTRIBUCIONES DE MELANIE KLEIN:

Entre los autores post-freudianos que se abordan en el presente trabajo se destacan los aportes de Melanie Klein, ya que esta autora propone una visión distinta con respecto a la posibilidad de analizabilidad en el proceso terapéutico.

No se pretende realizar una revisión exhaustiva de su obra sino focalizar en sus aportes respecto al cambio psíquico y a la transferencia en la neurosis y la psicosis.

Notamos que algunos de sus conceptos difieren sustancialmente de lo desarrollado anteriormente.

Como plantea Tabak de Bianchedi (1985) Klein profundiza su conocimiento en el trabajo con niños. Al comienzo desde una postura más educativa-preventiva, no tan psicoanalítica, y luego desarrolla un modelo más interpretativo. En ese contexto el juego pasa a tener un lugar preponderante en el trabajo clínico con niños, comparándolo a la asociación libre en adultos. En sus inicios clínicos, Klein se percata de que si responde de forma sincera y abierta a las inquietudes sexuales de sus pacientes/niños sienta las bases para una vida saludable, sin frustraciones, y con un desarrollo emocional equilibrado. Desde un comienzo su posicionamiento no se corresponde con el del psicoanálisis clásico, que pretende levantar un síntoma, sino que se enfoca en la prevención. Luego, a través del juego hace hincapié en la interpretación.

La interpretación, también aquí es el instrumento privilegiado para producir cambios, es siempre en el presente y desde la comprensión de la transferencia, entendida como la amplia y siempre presente externalización de lo infantil y primitivo del mundo interno en la relación con el analista. Esta es utilizada para revivir y elaborar las situaciones de ansiedad tempranas activas o re-activas. Genera deseablemente, cambios: pero éstos

no pasan por llenar las lagunas mnémicas, ya que no puede haber recuerdo consciente de tan temprana situación. A través de esta técnica se acompaña al bebé, o al niño (siempre activo y existente en los niveles más profundos de la mente), a desarrollarse, superando detenciones que impidieron su evolución. (Tabak de Bianchedi, 1990, p. 13).

Vemos entonces que la interpretación se erige como el instrumento privilegiado para arribar a los cambios psíquicos. El modelo de cambio psíquico de Klein está en relación con las posiciones esquizoparanoide y depresiva.

La autora mantiene diferencias con Freud respecto al método terapéutico y la posibilidad de analizabilidad a partir de la transferencia negativa.

Casi desde el principio analizaba tanto la transferencia positiva como la negativa y creía que era la única manera de hacer surgir las ansiedades de las cuales el chico se estaba defendiendo y la manera adecuada para que pudieran hacerse conscientes y elaborarse. Los resultados terapéuticos eran generalmente un creciente enriquecimiento del mundo de la fantasía, una creciente capacidad de contacto con la realidad y una riqueza emocional también en desarrollo. (Tabak de Bianchedi, 1985, p. 5)

Klein se refiere a las ansiedades psicóticas como ansiedades muy intensas en los niños. Este es un concepto de suma importancia en su obra. Según la autora, es posible la aplicación del psicoanálisis en niños psicóticos. En esos casos el paciente: "...establecerá con el analista y con las figuras de su medio ambiente relaciones transferenciales auténticas." (Tabak de Bianchedi, 1985, p. 8).

### 3.5. - CAMBIO / NO CAMBIO:

Otra interrogante que se realiza al comenzar el trabajo refiere a la existencia de un no-cambio en una psicoterapia psicoanalítica. La palabra cambio se contrapone necesariamente al no cambio. La pregunta sobre la existencia de un no-cambio se realiza, ya no en función de la neurosis o la psicosis, sino que se intenta pensar si existen zonas en el psiquismo humano en las que no es posible el cambio terapéutico.

Se ha visto que el cambio apunta a un mayor equilibrio en la vida del paciente, en dónde se establece un replanteamiento de los vínculos, tanto intrapsíquicos como objetales, logrando una mayor posibilidad de análisis que pueda traer aparejado nuevas capacidades en el sujeto.

*¿Existe el no-cambio?*

Si se entiende que la técnica por sí sola no es la que logra los cambios sino que es la interacción entre la técnica y el paciente lo que viabiliza el cambio, se puede pensar que esa interacción genera distintos resultados. Y entonces tendría sentido pensar en la posibilidad que el paciente experimente repeticiones sintomáticas que son impermeables de modificación.

Winograd (1990) sostiene que:

Se puede, eso sí, pensar que como lo hacen algunos autores que en todo proceso terapéutico real existen cambios estructurales y zonas de no cambio. Del predominio de una de ellas sobre la otra y de los matices intermedios respectivos, dependerá que se pueda considerar un proceso como transformacional o, si no, aceptar que también existe la alternativa de considerarlo iatrogénico. (p.63)

También se puede pensar, desde la modestia, que el recurso que utiliza el analista tiene sus propios límites, no es omnipotente y por lo tanto su posibilidad de influir sobre el cambio será limitada, finita. Así también se puede concebir al paciente y entenderlo como un sujeto limitado en cuanto al cambio. No limitado como un concepto negativo, sino partir de la individualidad de cada paciente. Se entiende entonces al no-cambio como la falta de modificaciones estructurales durante el proceso analítico.

Lo inconciente siempre pulsante puede ser motor de resignificación, de búsqueda, de nuevas simbolizaciones de la que el yo puede apropiarse. Pero es también siempre generador de repeticiones, repeticiones de lo mismo, que encalla al sujeto en una conflictividad que solo se reproduce y le genera insatisfacción, incapacidad, sufrimiento y, en la que muchas veces, sin recursos propios para salir. (García Vázquez, 2005, p. 62).

Se puede pensar la noción de cambio y no-cambio desde otra perspectiva. ¿Existe alguna diferenciación entre un cambio esperable en el devenir de la vida frente a aquel que se sucede en la clínica psicoanalítica? García Vázquez (2005) plantea que el ser humano en interacción constante con el mundo siempre estará sujeto al cambio. Plantea que:

El psiquismo es un sistema abierto, el ser humano es un sujeto teorizante, es decir, capaz de producir pensamientos, explicaciones, teóricas y tanto el contacto con el mundo, cualquiera sea él, va a ser generador de cambios en su psiquismo. Los logros, las pérdidas, el contexto cultural que lo envuelve en su más amplio sentido van a producir efectos, transformaciones, formas nuevas de ver el mundo. (p. 62).

Por lo tanto, encuentro particularmente sugestiva la mirada que propone Spivacow (2012) sobre el cambio psíquico. Plantea un -saber estar en el mundo-, si se quiere un adaptarse a uno mismo y las circunstancias. “Se va perfilando también la necesidad de aceptar que se es así, que hay cosas que se pueden cambiar poco, frente a las cuales la respuesta es “saber hacer”. (p. 9).

Este concepto es interesante en terapia psicoanalítica. Es decir que el objetivo será entonces fortalecer el Yo, adueñándose de aspectos del ello, pero no para detener el cambio (o para abarcar todo el cambio posible). Sino para saber estar en el mundo, encontrar la fortaleza en esas nuevas herramientas que brinda el trabajo clínico, el equilibrio.

Así las cosas, a todo analizante se le plantea la contradicción de que junto al intento de conocer y por esa vía modificar las vías asociativas inconcientes responsables de lo sintomático que insiste, hay un tope móvil pero inapelable en cuanto tope, en el cual la alternativa ya no puede ser intentar un conocimiento mayor de lo inconciente sino más bien ver de qué manera se lo puede manejar mejor. (Spivacow, 2012, p. 9).

La pugna del inconciente sobre la parte conciente del ser humano está siempre en juego ¿por lo tanto el cambio psíquico existirá siempre al menos en potencia? Creo pertinente afirmar que no necesariamente, ya que esa fuente inagotable que es el inconciente puede ser motor, justamente, del no cambio, de inamovilidad en el paciente. El Yo se encuentra en una relación de fuerzas, lidiando con las exigencias del Ello y el Superyó. El resultado de esa intercomunicación no se encuentra determinada de antemano.

### 3.6. - INDICADORES DEL CAMBIO:

Un concepto que se aborda en el presente trabajo es sí el cambio psíquico es un concepto abstracto y teórico o puede ser medible, observable, de alguna forma en el proceso terapéutico. Surge la pregunta entonces: ¿cuáles son esos indicadores de cambio? Algunos autores como Krause (2006) han tratado de medir los cambios psíquicos dentro un proceso psicoterapéutico. Es decir, vincular el método teórico, con el método analítico y el método de investigación.

*¿Son medibles los cambios psíquicos?*

Spivacow (2012) sostiene que no hay una manera, un método correctamente desarrollado para medir el cambio psíquico, no hay un estudio en detalle que dé cuenta de esas posibilidades de cambio. No ha sido cuantitativamente analizado. "No contamos con formas de evaluar lo que realmente sucede en las sesiones como para saber qué modos de trabajar están asociados con mejores resultados para alcanzar el cambio psíquico." (p.13)

Por su parte Krause et al. (2006) proponen una mirada distinta. Realizan una investigación que hace hincapié en los episodios relevantes de cambio. Junto a un equipo de trabajo han llevado adelante un análisis de campo para encontrar esos indicadores de cambio. Su trabajo implica un "estudio genérico" ya que realizan una observación clínica de sujetos con distintas problemáticas, en tratamiento desde distintos abordajes teóricos y desde distintas corrientes de la psicología. Sostienen que es posible referirse a cambios genéricos ya que más allá de las diferencias entre los distintos tipos de abordajes, existen condiciones generales de terapia, por ejemplo: "la alianza terapéutica; la estructura de la situación terapéutica; la función del terapeuta; la forma de interacción; y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos" (Krause et al., 2006, p.302)

En sus observaciones afirman que no han podido establecer de modo certero qué tipo de terapia es mejor para cada paciente, no existe una relación clara para saber si a determinados tipos de patologías conviene determinado tipo de abordaje teórico. Pero lo que sí concluyen es que en todos los abordajes posibles hay un aspecto que sigue resultando significativo: las variables del paciente y las del terapeuta poseen un rol fundamental. Incluso plantean cuatro áreas que pueden ser decisivas para el cambio: factores del cliente y eventos extra

terapéuticos, factores de la relación terapéutica, expectativas y efecto placebo, y por último los factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos. Dentro de estos factores se destaca la alianza terapéutica como uno de los más importantes. Se puede definir como el aspecto central del proceso de cambio y se le puede atribuir el compromiso de gran parte del éxito de la terapia.

“Entre los momentos positivos señalan: la exploración de sentimientos, la afloración del material reprimido, los insights, la expresión de sentimientos profundos hacia el terapeuta y la implementación de nuevas formas de comportamiento.” (Krause et al., 2006, p. 305.)

En este texto, Krause et al. (2006) afirman que lo que cambia en el proceso terapéutico se relaciona tanto con aspectos afectivos como con aspectos cognitivos. Es decir, en los síntomas, en las conductas o en la esfera de lo representacional.

A través de la investigación estos autores han logrado desarrollar un modelo de evolución del cambio psicoterapéutico genérico. Esto posibilita notar con mayor claridad los momentos de cambio dentro del proceso de una terapia.

El cambio genérico se puede entender, entonces, como un cambio en los patrones subjetivos e interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas. Y, visto en términos de proceso, se entenderá como etapas (sucesivas) del proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y representación, los cuales incorporan en forma importante la teoría terapéutica del terapeuta. (Krause et al., 2006, p. 308).

Conforman un listado de cambios sucesivos que son observables en terapia y sirven para medir el cambio.

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.

6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:
  - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).
  - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).
  - Aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
18. Reconocimiento de la ayuda recibida.
19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.
20. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”). (Krause et al., 2006, p.310/311)

Por su parte, Winograd (1990) sostiene que el cambio psíquico y sus indicadores están sujetos al cambio individual. Cuando hace alusión a indicadores se refiere a elementos del material clínico que son producidos por el paciente a través del lenguaje, la conducta, los afectos. El indicador de cambio tiene valor si se puede inscribir coherentemente con la problemática previa del paciente. Es decir, qué es lo que cambia está en relación con cada paciente y su historia. Plantea la existencia de tres espacios para diagnosticar cambios. Por un lado los componentes expresivos del paciente, es decir lo que vivencia en primera persona el paciente. Por otra parte están los registros del analista, cambios que no menciona el paciente pero que son vistos por el analista, y por último las referencias de personas externas al proceso terapéutico. Por lo tanto, se tiene una idea acabada del cambio en ese paciente en particular si todas estas variantes se relacionan con el marco teórico en el cual se desarrolla la terapia y en conjunción con la historia personal del paciente. Es decir, sobre los modelos psicopatológicos contenidos en los abordajes del analista y su modificación a través del proceso.

García y Sibils (2005) con respecto a los indicadores de cambio plantean que hay agentes que dependen del paciente y otros del terapeuta. Los agentes que dependen del paciente tienen una estrecha relación con sus capacidades, las posibilidades vinculadas a su realidad socio-cultural, el entorno, actores de personalidad. También refiere a la capacidad de tolerar y experimentar el dolor psíquico. Plantean que el dolor psíquico es el motivador para comenzar un tratamiento, justamente para alivianar esa situación. Ese malestar interno es motivo de demanda, y contribuye a la formación de la alianza paciente-terapeuta y al deseo de mejora. Y por lo tanto la evolución del dolor psíquico también es indicador decisivo de cambio. Con respecto a las contribuciones que dependen del analista los autores hacen foco en “la interpretación, la contratransferencia, el establecimiento del setting analítico y la construcción del clima emocional y la experiencia subjetiva compartida en el encuentro.” (García y Sibils, 2005, p. 73). La interpretación se considera como el agente de cambio privilegiado del analista. Pero destacando la importancia en la construcción de un proceso analítico, la relación entre analista y paciente.

Jiménez (2005) a su vez plantea que: “La investigación proceso-resultado es una de las áreas de más rápido crecimiento en investigación de psicoterapia.” (p. 2). Y afirma que el modelo genérico de psicoterapia desarrollado por Orlinsky y Howard (1986) sirve para traducir en un cuerpo coherente de conocimientos las diversas corrientes psicoanalíticas que pueden adaptarse a las necesidades, tanto del investigador, como del clínico. Un modelo genérico que permite utilizar toda esa investigación en un lenguaje en común. En ese modelo genérico existen ciertos aspectos comunes: el contrato terapéutico (definición de roles, horarios, honorarios, duración, etc.), los aspectos técnicos (aplicación de la destreza profesional para que el paciente pueda pensar, sentir, y actuar en función de su mejoría, etc.); el aspecto interpersonal (en relación al vínculo terapéutico, la investidura personal del rol, etc.); el aspecto interpersonal (experiencia de sí mismo en interacción con el otro, etc.) ; el aspecto clínico (el impacto dentro de la sesión, efectos positivos y negativos, etc.) y el aspecto temporal (desarrollo de la sesión, etc.). Las variables que dependen del paciente son las que demuestran tener mayor incidencia sobre los resultados. Es decir, por ejemplo, la capacidad del paciente de establecer una buena relación de trabajo con su analista, una buena alianza terapéutica.



### 3.7. - ANALISTA, CIRCUNSTANCIAS ANALÍTICAS:

Se ha desarrollado en el presente trabajo cómo la cura psicoanalítica no depende de un único factor ya que en el proceso de una psicoterapia se conjugan diversos aspectos. Entre esas variables García y Sibils (2005) definen cinco puntos principales:

1) Lo que cada teoría propone desde su modelo de aparato psíquico y su concepción de la psicopatología. 2) lo que el terapeuta proporciona a través de la identificación con sus modelos, sus preferencias teóricas, sus alcances y limitaciones para la aplicación de aquellas, sus dinamismos internos, y su implicación subjetiva con el paciente, así como de qué manera puede instrumentar todo esto eficazmente. 3) Aquello a que el paciente aspira: sus proyectos ideales en cuanto al tratamiento y la mejoría a alcanzar, sus posibilidades de acceder a esto, y las nuevas metas que se proponga a lo largo del proceso, de mayor o menor alcance que las iniciales y quizás sentidos diferentes. 4) Las variables socioeconómicas y culturales que contextualizan los tratamientos. (p. 69)

#### *Cambios en ambos actores (analista, contratransferencia)*

En esa conjugación de factores, el analista tiene un rol destacado y a su vez también experimenta un proceso de cambio. Resulta prioritario el esfuerzo que debe hacer el analista para identificar sus propias reacciones frente al paciente. En tanto sea capaz de ser conciente de sus reacciones emocionales estará más cerca de trabajar desde la neutralidad en el proceso psicoterapéutico y por lo tanto más cerca de la cura psicoanalítica en el paciente.

Freud (1984/1937) reflexiona sobre el trabajo del analista. Plantea que son dos personas las que trabajan en la clínica, una es quien debe recordar lo vivenciado y reprimido, mientras que la otra debe colegir lo olvidado, construirlo. Y en esa construcción es donde juega su rol el analista, debe mostrar su capacidad y tenacidad en el trabajo en conjunto.

Entonces el terapeuta, en tanto actor determinante del encuentro, también experimenta cambios que no solo influyen sobre sí mismo sino sobre cada paciente en su trabajo como profesional.

Tabak de Bianchedi (1990) afirma que la práctica psicoanalítica implica un crecimiento mental tanto en el paciente como en el analista. Ambos tienen cambios psíquicos en el proceso terapéutico. En el analista, ese cambio se ve reflejado en una creciente confianza en su capacidad y en su creatividad para realizar modelos con los que puede beneficiarse en encuentros posteriores con otros pacientes.

Kernberg (2000) por su parte destaca que:

La evaluación de la psicopatología del paciente necesita ser realizada desde una posición de neutralidad técnica y sin afectar los desarrollos transferenciales, estos deberían prontamente ser detectados y analizados una vez que comienza el tratamiento. En términos más generales, la claridad de pensamiento y la precisión de las categorías en la mente del analista no deberían interferir con la atención libre y flotante una vez que el tratamiento ha comenzado y el analista está comprometido con el paciente. (p.348)

### 3.8. - ALCANCE Y PROFUNDIDAD DEL CAMBIO:

Se considera pertinente esbozar algunos aportes que han desarrollado ciertos autores con respecto al alcance del cambio.

Freud (1984/1937) sostiene que el final de un análisis se da cuando el paciente ya no sufre por los síntomas por los cuales ha consultado, cuando ya no tienen angustias ni inhibiciones y cuando el analista considera que el trabajo de análisis ha sido exitoso. Es decir, que las resistencias que mantienen a raya lo inconciente (y los síntomas) ya no tienen la incidencia de antes. Cuando se haya hecho conciente lo reprimido.

Freud se pregunta entonces si mediante el análisis es posible de alcanzar un estado de normalidad psíquica absoluta, un estado en dónde ya no hay nada reprimido y se han llenado todas las lagunas del recuerdo. Es decir, si es posible tratar de forma definitiva una demanda pulsional patógena dirigida al Yo. Y sostiene que es conveniente hablar de un domeñamiento de la pulsión. Es decir, integrarla al Yo logrando un equilibrio.

¿Será entonces posible lograr con el análisis una cura definitiva, un estado normal y permanente de la psique? Freud plantea que esta afirmación resulta un tanto ambiciosa ya que

desde la teoría es imposible trabajar sobre una demanda pulsional que no esté sucediendo en el momento, que no sea actual. Si no se exterioriza, no se lo puede tratar.

Por su parte, Jiménez (2005) hace referencia a la distinción entre cambio estructural y cambio conductual. Plantea que:

La teoría psicoanalítica de cambio supone que la interpretación y resolución de los conflictos intrapsíquicos inconscientes produce una variedad de cambios estructurales profundos (que serían los cambios “reales”) tanto en el yo como en las demás instancias psíquicas. Por otro lado, los cambios conductuales, o cambios en los patrones de conducta manifiestos, son considerados sólo como maniobras de ajustes defensivos y supuestamente representan aquellos cambios producidos por técnicas no interpretativas (básicamente técnicas de apoyo). En esta dicotomía, se asume que sólo el cambio estructural, o real, –según es producido a través de la resolución de conflictos, señalada por el correspondiente insight–, puede garantizar estabilidad, durabilidad y capacidad para manejar futuras vicisitudes vitales. (p. 7)

*¿Y después del cambio qué?*

Schkolnik (2008) sostiene que a partir del cambio psíquico se logra una disminución de los síntomas y un cambio en las conductas. Pero no sólo eso. Se logra también, en psicoterapia psicoanalítica, un cambio estructural que se logra a partir de un ensanchamiento del Yo.

Plantea que:

Buscamos que el paciente pueda salir de la repetición y la inamovilidad psíquica. Por eso es fundamental el trabajo con las resistencias que impiden acceder a lo desconocido de sí, vivido como ominoso y ajeno. La posibilidad de establecer con el análisis alguna forma de contacto con lo inconciente, asumiéndolo como propio, le permite al paciente procesar vivencias que han quedado coaguladas, a partir de un trabajo de simbolización que lo habilita a nuevos modos de relación consigo mismo y con otros (p. 9)

#### 4. - CONCLUSIONES:

El texto desarrolla nociones de cambio psíquico a partir de diferentes ejes temáticos. Como punto de partida se toman los aportes de Freud, quien realiza una ruptura en cuanto a la manera que tiene el ser humano de pensar sobre aquello que le sucede en su vida anímica. Se desarrolla la teoría de la psique basada en la existencia de un inconciente sobre el que se erige gran parte de su conocimiento. Su teoría resulta transcendental para entender al ser humano de forma más abarcativa, integrando la noción de inconciente, preconciente y conciente. Y a su vez estas instancias se conjugan con las nociones de Ello, Yo y Superyó. A partir de hacer conciente lo inconciente se busca un Yo más integrado, con mayor fortaleza y autonomía. No se trata solamente de eliminar los síntomas del paciente sino que se aspira a un cambio estructural que le permita adquirir nuevas herramientas para lograr una mayor adaptación. De esta forma se intenta salir de la repetición sintomática que provoca displacer en la vida del paciente. Se busca generar un cambio en la manera de pensarse, de vincularse, y de estar en la realidad.

En el trabajo se plantea el cambio psíquico como la prioridad de una psicoterapia psicoanalítica, entendiendo el cambio como crecimiento y desarrollo. Se puede experimentar cambios en el desarrollo normal de la vida y también en un proceso terapéutico. En ese proceso analítico será fundamental el deseo de cambio del paciente y sus aspiraciones de mejoría. Se espera que el paciente sea capaz de pensar sobre su padecimiento. El método psicoanalítico será un mediador entre el sujeto y su inconciente con el objetivo de lograr una mejoría en el paciente, un estado de maduración psíquica. En este sentido, la asociación libre, la interpretación de los sueños y la abstinencia serán herramientas primordiales para el analista.

En el texto se trabaja sobre las nociones de transferencia y se ha puesto en evidencia como distintos autores plantean distintas concepciones sobre el mismo tema. Por ejemplo en la teoría freudiana se afirma la imposibilidad de trabajar en transferencia con pacientes psicóticos. En contraste con esta noción, Klein afirma que sí es posible la transferencia y se basa en las posiciones esquizoparanoide y depresiva. Plantea que analizando la transferencia positiva como la negativa es posible hacer surgir las ansiedades de las que el niño se está defendiendo. Más allá de estas diferencias teóricas que se han visto en ambos autores (libido objetal, diferenciación yo no-yo, posibilidad de establecer transferencia, etc.) se cree que el analista debe trabajar con el paciente (sean cual sean sus angustias, sufrimientos, patologías o

potencialidades) atendiendo a su individualidad. El trabajo clínico no debe estar concebido en relación a categorías preestablecidas de patologías sino que debe prestar atención al vínculo (único y específico) que se establece con cada paciente. Es un error limitar la potencialidad del paciente a la teoría. Se debe trabajar con cada paciente desde su singularidad y no desde una generalización teórica.

Los autores abordados en el texto destacan también la transferencia como uno de los factores más determinantes del cambio psíquico. En este sentido, es importante que el paciente pueda introyectar la parte pensante del analista para de esta forma tener seguridad sobre su análisis. De esta forma se establece una alianza de cooperación con el analista que permite el trabajo en conjunto.

Así también se enfatiza en la labor del analista y las capacidades que éste pueda desplegar en ese encuentro: destacando su preparación previa, sus características individuales y su manera de articular la teoría con la técnica. Este aspecto se considera trascendental, destacando la importancia de la responsabilidad ética a la hora de trabajar como profesional. Entendiendo la labor desde un lugar de permanente desarrollo profesional; el marco teórico en el cual se apoya la técnica debe ser fruto de constante revisión. Siendo permeables al cambio en relación a la experiencia adquirida en el trabajo clínico. Lo desplegado en cada sesión será entonces un compromiso de ambas partes.

El texto atraviesa distintas aristas que surgen a la hora de pensar sobre el cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica. Una de esas aristas son los indicadores de cambios. Según la bibliografía abordada para el presente trabajo no existe un análisis cuantitativo destacable al respecto. En líneas generales, se plantean aspectos de índole cualitativos, no pudiendo establecer diferencias notables en cuanto a qué variables influyen más en el cambio psicoanalítico, qué corrientes tienen mejores resultados que otras, etc. No se ha notado un análisis realmente exhaustivo que pueda dar cuenta de la articulación de la teoría con la técnica en datos estadísticos.

A su vez se trabaja sobre la noción de no-cambio, entendiendo que cada paciente podrá cambiar todo aquello que le permita su propia individualidad. Los resultados de un análisis dependen de varios factores (paciente, analista, método, etc.) y por lo tanto no pueden estar predeterminados con anterioridad.

## 5. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Avenburg, R. (2009). ¿Cómo trabajo yo en el tratamiento psicoanalítico?. *Psicoanálisis APdeBA*, 31(1), 219-226.

Bianchedi, E. T. (1990). Cambio psíquico: El devenir de una indagatoria. *Revista de Psicoanálisis*, 47 (1), 10-24.

Bleichmar, S. (1996). Conferencia sobre estructuración psíquica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (83). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719968303.pdf>

Caride de Mizes, M. R. (2011). Cambio psíquico a través del análisis del relato en las técnicas verbales temáticas (con especialidad referencial al T.R.O). *Actualidad Psicológica*, 36(399), 1-8.

Dunayevich, M. (2004). Criterios de curación y objetivos terapéuticos del psicoanálisis: obra de Bleger. *Psicoanálisis: ayer y hoy*, (1). Recuperado de <http://www.elp psicoanalisis.org.ar/old/impnumero1/dunayevich1-doc.htm>

Feldman, M. (2011). Apoyando el cambio psíquico: Betty Joseph. *Temas de Psicoanálisis*, (2). Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2011/07/M.-FELDMAN-TEMAS-21.pdf>

Fractman, A. (2005). Los desarrollos acerca del trauma psíquico según Sigmund Freud. *Psicoanálisis de APdeBA*, 27(1-2), 213-222.

Freud, S. (1984). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*, (Vol. 1, pp. 114-132). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1890.

Freud, S. (1984). Nota sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*, (Vol. 12, pp. 267-277). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1912.

Freud, S. (1984). El yo y el ello. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*, (Vol. 19, pp. 3-66). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1923.

Freud, S. (1984). Análisis terminable e interminable. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*, (Vol. 23, pp. 213-254). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1937.

Freud, S. (1984). Construcciones en el análisis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud*, (Vol. 23, pp. 257-270). Buenos Aires: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1937.

García, V. y Sibils, R. (2005). Perspectivas sobre la cura en psicoterapia psicoanalítica. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(1), 69-87.

García Vázquez, S. (2005). Cambio psíquico y método psicoanalítico. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 7(1), 61-68.

Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, (20). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica>

Kernberg, O. (1998). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(2), 336-352.

Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1), 201-227.

Krakov, H. A. (2007). El hallazgo freudiano y su potencia en la clínica psicoanalítica actual. *Psicoanálisis APdeBA*, 24(1), 195-210.

Krause, M., De La Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O.,..., Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.

Maladesky, A. V. (2002). Acerca del cambio psíquico y la intervención del psicoanalista en la actualidad. En *24 Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis: Permanencias y Cambios en la Experiencia Psicoanalítica*. Montevideo, Uruguay: FEPAL. Recuperado de [http://fepal.org/images/congreso2002/adultos/maladeski\\_a\\_\\_\\_cambio.pdf](http://fepal.org/images/congreso2002/adultos/maladeski_a___cambio.pdf)

Merea, C. (1985). Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis. Sigmund Freud. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, (11). Recuperado de [http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero3/criterios\\_s\\_freud\\_merea3.htm](http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero3/criterios_s_freud_merea3.htm)

Pelento, M. L. (1985). Teoría de los objetos y proceso de curación en la obra de Donald Winnicott. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, (11). Recuperado de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero2/pelento2.htm>

Pereda, A. (2009). Conflicto psíquico: A propósito del conflicto psíquico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (109), 18-32.

Rodríguez Márquez, S. (2012). Los deslizamientos en (de) la cura. *Carta psicoanalítica*, (18). Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article333>

Schkolnik, F. (2008). Práctica psicoanalítica: Trabajando las diferencias. ¿Una práctica psicoanalítica o varias? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (106), 7-21.

Schkolnik, F. (2013). Entre el sueño y la vigilia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (116), 21-34.

Speziale-Bagliacca, R. (1990). La capacidad de contener: Apuntes sobre su funcionamiento en el cambio psíquico. *Revista de Psicoanálisis*, 47(1), 47-56.

Spivacow, M. A. (2012). *Los caminos del cambio psíquico: Algunas consideraciones*. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/trabajo-Spivacow.pdf>

Tabak de Bianchedi, E. (1985). Criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis: Melanie Klein. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, (11). Recuperado de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero2/bianchedi2.htm>

Urribarri, F. (2012). Andre Green: El pensamiento clínico contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 154-173.

Winograd, B. (1990). Cambios psíquicos en relación a la teoría de la técnica. *Revista de Psicoanálisis*, 47(1), 57-67.



