

# Intervencions psicoanalítiques

Anna Tuset Bertran  
Antoni Talam Caparrós

PID\_00153080



Universitat Oberta  
de Catalunya

[www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)



# Índex

<b>Objectius</b> .....	5
<b>1. Visió de la salut i la malaltia</b> .....	7
<b>2. La concepció del canvi</b> .....	10
<b>3. Tècniques terapèutiques específiques</b> .....	11
3.1. Elements constitutius de les psicoteràpies psicoanalítiques .....	11
3.1.1. Elements emocionals .....	11
3.1.2. Elements tècnics .....	15
3.2. Les tècniques de tractament .....	20
3.2.1. Introducció .....	20
3.2.2. La psicoanàlisi .....	20
3.2.3. Psicoteràpies psicoanalítiques .....	22
3.2.4. Aplicacions especials de les psicoteràpies psicoanalítiques .....	26
<b>4. Tècniques il·lustratives</b> .....	28
4.1. Exemple de psicoteràpia psicoanalítica .....	28
4.1.1. Primera sessió .....	28
4.1.2. Sessió psicoterapèutica número sis .....	32
4.1.3. Sessió psicoterapèutica número catorze .....	33
4.1.4. Última sessió .....	34
<b>Bibliografia</b> .....	37



## Objectius

L'estudi d'aquest mòdul us permetrà:

- 1.** Delimitar el concepte psicoanalític de salut i malaltia i diferenciar-lo d'altres concepcions teòriques.
- 2.** Entendre el concepte de canvi en aquest model teòric i distingir-lo dels canvis comportamentals.
- 3.** Conèixer les diverses tècniques d'intervenció i els seus objectius.
- 4.** Ubicar aquestes tècniques en les diferents modalitats terapèutiques i en els diversos moments dels processos terapèutics.
- 5.** Conèixer el tipus de vincle terapèutic que afavoreixen les intervencions psicoanalítiques.
- 6.** Identificar les diferents formes d'intervenció en un cas pràctic.
- 7.** Ser capaços de generalitzar a altres casos pràctics.



## 1. Visió de la salut i la malaltia

Les definicions de *normalitat* i d'*adaptació* es poden fer atenent diversos criteris. Dana (1972) considera que n'hi ha cinc: sociocultural, legal, estadístic, ideal i clínic. El sociocultural, el legal i l'estadístic tenen aspectes en comú, i també l'ideal i el clínic. Per tant, tots cinc criteris, seguint aquest autor, es poden agrupar en dos: l'estadístic i l'ideal, que es diferenciarien bàsicament perquè el primer significa establir una certa comparació amb el grup, mentre que el segon significa una valoració intrínseca. Segons aquesta classificació, l'enfocament psicoanalític proposa un model de salut-malaltia **ideal**. Com afirma Coderch (1995), representant d'aquest model teòric, no hi ha acord sobre el que entenem per *salut mental*, però sí que hi ha acord que no és reductible a un criteri estadístic, ni a l'absència de símptomes, ni a l'adaptació al món extern. Els autors psicoanalítics que s'han ocupat d'aquesta qüestió tenen en comú definir la *salut-malaltia* en termes del que seria un funcionament intrapsíquic sa/malalt (ideal) i en molts casos també fent referència a criteris clínics.

El concepte de salut mental planteja inevitablement problemes de valors (Jahoda, 1958), i aquest no és un problema exclusiu d'aquest model teòric. En definir el que és "bo", sorgeix la pregunta de bo per a què?, per a la felicitat de l'individu?, per a la supervivència?, per a l'adaptació a les circumstàncies socials?, per a l'ètica dominant?, per a la creativitat?, per a mantenir l'*statu quo* social?, etc.

Qualsevol definició de *salut mental* comporta, implícitament, haver respost en un sentit o un altre aquestes preguntes; és a dir, haver adoptat una determinada escala de valors.

A continuació proposem algunes definicions o reflexions fetes des de la psicoanàlisi sobre aquesta qüestió, començant per la que va donar el seu fundador Sigmund Freud, per a qui la salut mental es podria resumir en la capacitat per a **estimar i treballar**. Una persona sana seria aquella capaç de gaudir de les relacions interpersonals donant i rebent dels altres i, d'altra banda, essent capaç de treballar d'una manera creativa.

Segons Jones (1942), els criteris per a jutjar la salut mental d'un subjecte són tres. El primer, i més important, la capacitat per a la felicitat. El segon, l'adaptació a la realitat o capacitat per a relacionar-se amb les persones del seu entorn. El tercer, l'eficiència o capacitat de dirigir les energies físiques i mentals cap a la consecució d'una meta.

Si seguim Isaacs (1952), el grau de salut mental dependria de la capacitat per a conèixer les fantasies mentals inconscients i elaborar-les conscientment, i obtenir una integració i satisfacció dels desitjos que hi estan implícits, de manera

que aquestes fantasies es tradueixin finalment en conductes satisfactòries per al subjecte i per als altres. Segons aquest autor seria, doncs, la "distància" més gran o més petita entre conscient i inconscient el que definiria la *salut mental*. La malaltia mental representaria una divisió extrema inconscient/conscient, l'ús massiu de mecanismes de defensa i la gratificació simbòlica dels impulsos insatisfets que donen lloc als símptomes.

"La salut mental depèn de la capacitat de manejar adequadament els processos inconscients. [...] com més gran sigui el grau de coneixement que tingui el *jo* sobre tots els conceptes psíquics, més grans seran les possibilitats que arribi a aconseguir una bona adaptació dels seus desitjos i necessitats a la realitat externa, i també un diàleg harmoniós del *jo* amb els objectes interioritzats i d'aquests entre si."

Coderch (1987, p. 66)

Segons aquest autor, la salut mental no s'ha d'entendre com l'absència de conflictes, sinó com la capacitat d'afrontar-los i resoldre'ls. L'absència de conflictes amb el món extern pot ser un índex de conformisme, i l'absència de tensions internes pot obeir al fet que els impulsos de mort s'han imposat als de vida (tendència al creixement i desenvolupament).

Per a Klein (1960), la base de la salut mental és la integració de la personalitat. Els elements d'una personalitat ben integrada, segons aquesta autora, són els següents:

**Maduresa emocional.** Fins i tot en les persones emocionalment madures persisteixen desitjos infantils, que ben elaborats són font d'interès i enriquiment. Aquestes persones són capaces d'acceptar substituïts adequats, de manera que les fantasies infantils no pertorben la vida adulta i poden gaudir de cada moment vital.

**Força de caràcter.** Està basada en processos molt precoços d'interiorització dels aspectes positius de la mare (objecte bo) o persona que la va cuidar. És necessària per a encarar les frustracions de tot procés vital.

**Equilibri entre la vida interior i l'adaptació al medi extern.** Ser capaç d'adaptar-se al món extern sense anul·lar el món intern. Per exemple, mantenir un bon contacte amb la realitat sense anul·lar la imaginació i la fantasia.

**Capacitat per a manejar emocions conflictives.** La salut mental no significa evitar conflictes, sinó la força per a tolerar emocions doloroses i poder-les manejar. La salut mental no és compatible amb la superficialitat: si no s'enfronten els conflictes interns i les dificultats externes, es pot tenir més o menys èxit durant un temps, però en els moments de crisi sobrevé l'enfonsament.

**Integració de les diferents parts de la personalitat.** Per exemple, integrar els aspectes més constructius i els més agressius.



Molts altres autors han abordat aquesta qüestió, però n'hi ha prou amb aquests exemples per a tenir una idea general de la concepció de salut mental en aquest model teòric.

### **Activitat**

Basant-vos en els conceptes d'aquests autors sobre **salut mental**, intenteu elaborar el concepte de **malaltia mental** segons aquest model teòric. Tracteu també de respondre les preguntes suggerides al principi d'aquest nucli de coneixement sobre l'escala de valors que subjeu en aquestes definicions de salut mental.

## 2. La concepció del canvi

Una de les diferències bàsiques entre el model psicoanalític i altres models a l'hora de considerar el canvi és el valor concedit als símptomes. Mentre que altres formes de teràpia se centren a fer que desapareguin, en el model psicoanalític es considera el següent:

- Els símptomes són l'expressió d'un conflicte, una manera de comunicar una cosa que el subjecte no pot expressar d'una altra manera.
- Els símptomes ens protegeixen de l'ansietat (encara que, al seu torn, la provoquin i això n'emmasca el significat). Patir pels símptomes és preferible per al subjecte que patir per allò que els provoca (per exemple, és "preferible" per al subjecte patir una fòbia a un animal, que pot controlar evitant-hi el contacte, que acceptar que rebutja algú que hauria d'estimar). En aquest sentit, Freud assenyala que el símptoma és un intent d'autocuració.
- En alguns casos els símptomes són generats per la part sana de la personalitat (per exemple, la impotència en un cas de fantasies sexuals sàdiques).

Per tot això, no es persegueix l'eliminació del símptoma tant sí com no, ja que aquí regiria l'expressió popular que *el remei pot ser pitjor que la malaltia*. Eliminar un símptoma sense atendre'n el significat en pot produir un altre de pitjor (substitució del símptoma) o augmentar el patiment del subjecte.

### Bibliografia

Per a entendre el concepte de canvi en aquest model teòric us proposem la lectura d'una part del capítol 7 (pàg. 417-443) del llibre de J. Coderch (1995), *La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Barcelona: Herder. És recomanable la lectura de tot el capítol 7 per als alumnes interessats en aquest punt. Per als termes de difícil comprensió podeu recórrer al *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche i Pontalis (vegeu la bibliografia).

### Activitat

En finalitzar la lectura, responeu les preguntes següents:

- a) Què diferencia un canvi clínic d'un canvi estructural?
- b) Esmenteu tres característiques pròpies dels canvis estructurals.
- c) Quines escoles psicològiques centren els objectius del canvi en els canvis clínics?

### 3. Tècniques terapèutiques específiques

#### 3.1. Elements constitutius de les psicoteràpies psicoanalítiques

No resulta fàcil explicar en què consisteixen les diferents possibilitats de tractament psicològic que es deriven de la perspectiva psicoanalítica. Això es deu al fet que les psicoteràpies psicoanalítiques són una forma de tractament psicològic en què els elements, personals i tècnics, tenen un paper primordial.

Considerarem, en els dos nuclis de coneixement següents, dos elements constitutius d'aquesta psicoteràpia: els emocionals i els tècnics.

##### 3.1.1. Elements emocionals

Les psicoteràpies psicoanalítiques són, bàsicament, uns processos que discorren sobre el rail de les emocions i els sentiments dels participants (pacients i terapeutes). La teoria i la tècnica psicoanalítiques ens brinden els instruments teòrics i tècnics per intentar comprendre millor aquests sentiments, és cert; però el que volem subratllar aquí és que la "matèria primera" amb què es treballa en les psicoteràpies psicoanalítiques són, ni més ni menys, els sentiments i afectes (conscients i inconscients).

##### Enquadrament o *setting* psicoanalític

A més dels aspectes pràctics que es formalitzen en el "contracte terapèutic" –durada de les sessions, puntualitat, vacances, honoraris, etc.–, hi ha un problema que afecta el terapeuta en exclusiva, l'*enquadrament intern*. Es tracta de la necessitat que té el terapeuta de tenir unes condicions internes que li permetin comprendre i estar en disposició d'ajudar d'una manera prolongada els seus pacients. Aquest aspecte només es pot aconseguir mitjançant l'*anàlisi personal* o la *psicoteràpia*. El tractament personal possibilita comprendre's millor un mateix i, per tant, entendre millor els altres, permet vivenciar amb la neutralitat necessària la *contratransferència* que tot pacient suscita i, en lloc d'actuar-la –convertir-la en acció–, utilitzar-la en benefici del pacient.

##### L'aliança de treball

Tot i que és innegable que en l'ànim de tots nia el desig que se superin els símptomes o esculls vivencials que han portat el pacient a la consulta, pacient i terapeuta han de poder sotmetre aquest desig a les exigències del mètode terapèutic. L'eix principal del mètode psicoanalític no és precisament l'abordatge directe i ràpid d'aquestes afliccions, sinó l'establiment d'una relació terapeuta/

pacient que permeti un cert desplegament (més gran o més petit tenint en compte la tècnica que cal aplicar) del psiquisme d'aquest últim, per a la seva anàlisi i comprensió.

Com podem definir l'*aliança de treball*? S'han ofert moltes definicions per a aquest concepte, però si ens atrevim a formular la nostra pròpia definició, direm que es tracta de la capacitat de col·laboració a la qual són capaços d'arribar el terapeuta i el pacient per a treballar conjuntament envers l'objectiu primordial de tota psicoteràpia psicoanalítica: la recerca (en més o menys grau) sobre el funcionament mental del pacient. Dit d'una altra manera, terapeuta i pacient es posen d'acord sobre el que volen fer. Tal com han assenyalat altres autors (Poch, 1988), aquestes idees ja eren presents en les situacions clíniques que Freud abordava al final del segle passat, quan deia que el seu mètode era "[...] inaplicable sense la plena col·laboració i atenció voluntària de la malalta" (Breuer i Freud, 1895, p. 167).

Sigui com sigui, s'ha de subratllar que l'*aliança de treball* no es "pacta" en una sola sessió i una vegada per sempre. És un procés constant al llarg de bona part de la psicoteràpia psicoanalítica, si bé, no hi ha cap dubte, les seves bases s'estableixen a l'inici del tractament. Vegem un exemple:

### Exemple

La senyora B acut a la consulta des d'un lloc bastant allunyat de la ciutat del terapeuta. Resulta obvi que fa un esforç personal i material considerable per prosseguir amb el seu tractament. Els seus desitjos de millora i de cerca de comprensió són, aparentment, francs i clars. Això no obstant, sol arribar tard a les sessions. Per això el terapeuta li comenta (en el que més endavant anomenarem *confrontació*) el següent:

**T:** Potser podríem pensar en el que passa últimament. Vostè se sent molt interessada a acudir a les sessions i a resoldre les seves dificultats. Tanmateix, succeeix alguna cosa que li impedeix aprofitar la sessió en la seva totalitat i disposar del seu temps.

**P:** Sí, ja em fa ràbia, ja, arribar tard, però és que la feina va com va i de sobte surt alguna cosa que no pots deixar i anar-te'n, te n'has d'ocupar.

**T:** Sens dubte, hi pot haver vegades en què això sigui tal com vostè assenyala, però la feina també li impedeix ocupar-se de vostè mateixa i de les coses que tant li interessin, com si hi hagués una part de vostè que quedés de banda, aparcada en un segon pla.

**P:** Vol dir vostè com si no em comprometés amb mi mateixa?

A partir d'aquest moment, quan va poder pensar en aquest aspecte, la pacient va deixar d'arribar tard sistemàticament a les sessions, es va poder organitzar la feina d'una manera més eficaç i d'aquesta manera evitava aquestes situacions tipus "va com va" o imprevistes (cosa que, d'altra banda, era realment factible).

### La transferència

"El primer amor objectal, el primer odi objectal són, doncs, l'arrel i el model de tota transferència ulterior que no és una característica de la neurosi, sinó l'exageració d'un procés mental normal."

S. Ferenczi (1909). Transferencia e introyección. *A Obras completas* (vol. I, p. 108). Madrid: Espasa Calpe.

En què consisteix la *transferència*? Un cop d'ull a qualsevol diccionari ens mostrarà que en llenguatge comú (no tècnic) *transferència* és 'l'acte de transferir', i *transferir* és 'passar o portar una cosa d'un lloc a un altre'. I en això, precisament, resideix l'activitat de la transferència, a traslladar certes emocions, vivències, reaccions, etc. d'un lloc a un altre, d'un temps (passat) a un altre (present) en l'esdevenir del curs vital. La idea, llavors, és que quan es produeix la transferència una persona se situa en el seu present d'una manera molt mediatitzada pel seu passat. En aquest sentit, el concepte de transferència descriu una cosa que, en si mateixa, és bastant òbvia: és impossible viure sense l'influx constant de la pròpia història. Per tant, en el nostre moment vital actual, en l'aquí i ara, es produeix sempre una subtil –però activa– combinació d'elements "reals" i d'elements viscuts anteriorment. Del que hem esmentat fins aquí es desprenen diverses idees importants:

- La transferència és un fenomen universal, es dona en tothom i en tota situació.
- La transferència es basa en la premissa que, per definició, es conserva sempre una cosa del que s'ha viscut o ha "estat" anteriorment.
- La transferència comporta una superposició de situacions pretèrites a situacions actuals; llavors, aquestes últimes queden més o menys deformades segons aquesta superposició.
- Si els punts anteriors són certs, es donarà sempre transferència en totes les relacions humanes i, per tant, també en la relació que terapeuta i pacient estableixen en la pràctica de qualsevol forma de psicoteràpia psicoanalítica.
- La transferència i sobretot la seva anàlisi (observació, comprensió i interpretació) seran els millors vehicles per a l'estudi del funcionament psíquic del pacient. Per tant, serà el fenomen més important en el si de les principals formes de tractament que deriven de la psicoanàlisi: la psicoanàlisi pròpiament dita i la psicoteràpia psicoanalítica.

Un esquema que pot ser útil per a entendre el fenomen de la transferència és el presentat per Malan (1979) quan ens parla del que ell denomina *triangle del conflicte* i *triangle de les relacions* (vegeu més endavant).

Vegem un exemple en què l'actitud transferencial tenyeix des del primer moment la relació del pacient amb el terapeuta:

### **Exemple**

Es tracta d'una dona, la senyoreta E, de vint-i-quatre anys, que viu turmentada per una sèrie interminable d'intenses ansietats, canvis en l'estat d'ànim, sensacions de buit, dubtes a propòsit de la identitat i l'orientació sexual, relacions conflictives amb els seus partidaris, etc. Es queixa, ja en la primera entrevista, d'haver rebut molt poc afecte de la seva mare i una atenció inadequada quan era nena (diu: "Em donaven el biberó i jo m'havia d'espavilar"). Tota la seva existència està marcada, doncs, per la queixa reivindicativa que

no li donen prou. Aquesta actitud es presenta immediatament en la primera entrevista amb el terapeuta. Quan aquest, després d'una entrevista de 60 minuts de durada, fa un breu resum de tot el que s'hi ha pogut parlar i la convida a acudir a una segona visita, la pacient li respon:

**P:** Ah!, ja està? Però m'hauria d'explicar alguna cosa més..., no me'n puc anar així. Què faig? Digui'm alguna cosa..., jo pensava que em donaria un consell o alguna cosa semblant. No em pot ajudar més? No ha vist que jo necessito molt? Sempre serà així? Si és que només he parlat jo...

No és difícil veure en aquest exemple que la pacient arriba a prendre el terapeuta com una figura materna de què s'espera tot i sent que rep poc. Els seus aspectes més adults, els que li indicarien que és impossible resoldre en 60 minuts tots els seus símptomes i dificultats, queden col·lapsats per la repetició de la vivència d'abandonament, i la reacció hostil i queixosa subsegüent de la pacient cap a les persones de què se sent dependent. Així, d'una manera gairebé instantània, la pacient viu el terapeuta com una mare que no la cuida adequadament, li dóna poc i l'abandona sense tenir en compte les necessitats de la seva petita.

### **La contratransferència**

D'acord amb Eskelinen (1981), entenem per *contratransferència* el conjunt de respostes emocionals del terapeuta davant les comunicacions del seu pacient. Aquestes respostes emocionals del terapeuta són el seu aliat més fidel per a entendre, "captar" i poder analitzar la *transferència* del seu pacient. Això és el mateix que dir que és gràcies, en part, a la contratransferència que el terapeuta pot ajudar el seu pacient. Un terapeuta sense contratransferència seria una situació tan estranya com la d'una mare que no respon emocionalment davant el seu nadó (situació que, en cas de donar-se, és d'una "toxicitat" mental i física enorme per al nadó).

Podríem resumir aquesta idea amb una espècie d'equació que es representaria d'aquesta manera: 'sentiments manifestos (del pacient)' + 'sentiments observats' (els del mateix terapeuta, que s'observa i s'estudia a si mateix) = terapeuta en disposició d'entendre i ajudar. Només així el terapeuta és un ésser humà que ajuda, i no un "robot" que interpreta mecànicament el que el seu pacient li diu.

Ara bé, un cop plantejades les coses d'aquesta manera, la pregunta que sorgeix és òbvia: com s'aconsegueix que la resposta emocional del terapeuta davant el seu pacient no estigui influïda en excés per les vivències personals i els conflictes no resolts del terapeuta? El terapeuta haurà d'observar la seva *contratransferència*; per a poder separar quins aspectes li pertanyen com a persona i quins han sorgit com a resposta a l'escolta del pacient. Per a això tindrà dos recursos fonamentals: el seu *tractament personal* i la *supervisió* del treball terapèutic amb un professional de més experiència. Si mitjançant el seu tractament personal el terapeuta ha pogut observar i, d'alguna manera, resoldre els seus conflictes infantils, això ajudarà a aquesta desitjable "objectivitat" de la contratrans-

ferència. Amb la supervisió, podrà percebre els matisos de la comunicació del pacient que s'hagin escapat de la seva comprensió i perfilar millor les seves intervencions, la direcció i l'objectiu del tractament.

Posarem un exemple del bon ús de la contratransferència:

### **Exemple**

En les sessions amb la senyoreta D (una jove que havia patit anorèxia en la seva pubertat i que va acudir a la consulta després d'una intoxicació etílica aguda, aparentment immotivada, que va alarmar els seus familiars), el terapeuta es va sentir, durant un cert temps, molt a gust. Es tracta d'una pacient col·laboradora, que associa i sembla molt motivada a investigar en el seu psiquisme. Però a mesura que avança el tractament el terapeuta té una vaga sensació de futilitat i, posteriorment, de franc avorriment, si bé la conducta de la pacient a la consulta ha variat poc. El terapeuta té llavors el sentiment que en aquell tractament "no passa res", curiosament davant una persona a la qual havien passat "tantes coses". Amb l'ajuda de la supervisió el terapeuta li va poder assenyalar el següent:

**T:** Em sembla que des de fa algun temps vostè fa un considerable esforç per suavitzar el seu tractament. Sembla que és difícil que puguem veure altres aspectes seus més conflictius o complexos..., com si no passés res, com li va passar amb el consum d'alcohol aquella vegada..., que semblava que era "per un no-res"...

**P:** (Sorpresa) Sí..., crec que sí..., de fet vinc aquí amb un tema preparat, ja pensat, i com que a tot arreu em costa parlar de mi mateixa, de les meves coses...

**T:** I sembla que li costa trobar els seus sentiments, les coses que de veritat la mouen, com si per dins potser es trobés buida o una cosa semblant...

**P:** Sí..., de vegades em sembla que em conec molt poc, faig les coses una mica "perquè sí" o fins i tot com si jo mateixa m'atorgués un paper en una obra de teatre o una pel·lícula..., i m'acabo creient la pel·lícula. De vegades em veig a mi mateixa fent alguna cosa sense saber molt bé com, m'hi fico i punt.

Ara la resposta contratransferencial del terapeuta (sensació de futilitat i avorriment en una pacient que superficialment semblava que era molt activa en el tractament) se'ns fa més comprensible. El que en principi semblava que era un autèntic desplegament de la seva personalitat no resultava més que una peça teatral repetida fins a la sacietat, poc viva, destinada a distreure el terapeuta i a ella mateixa dels seus vertaders sentiments de buit i futilitat. Així, darrere de les bambolines de l'escenari s'apreciava una personalitat empobrida per la falta de contacte amb els seus sentiments i sobrecompensada en una acció "com si". En aquest cas, la contratransferència del terapeuta va ajudar a perfilar els problemes de la pacient i a donar un gir copernicà al tractament.

I després d'esmentar l'ús de la contratransferència com un instrument del terapeuta podem passar al punt següent, que versa, precisament, sobre el tema dels "instruments" que el terapeuta pot emprar en algunes de les psicoteràpies psicoanalítiques.

### **3.1.2. Elements tècnics**

Les diverses variants de psicoteràpies psicoanalítiques són formes de tractament psicològic de tipus exclusivament verbal. No empren, com ho poden fer altres tècniques, el moviment corporal, la pràctica de determinades conductes o la representació dels conflictes del pacient. Terapeuta i pacient no s'intercanvien documentació escrita, ni miren registres videogràfics o d'un altre tipus. Pacient i terapeuta s'asseuen i dialoguen, ni més ni menys. I, a més, ho fan d'una manera especial: mentre que el pacient pot parlar de qualsevol cosa, el terapeuta no.

Dins el marc de les psicoteràpies psicoanalítiques podem distingir, tres tipus d'intervencions verbals del terapeuta: confrontació, aclariment i interpretació. Vegem-les amb un cert detall.

### **La confrontació**

En la confrontació el terapeuta intenta fer percebre al pacient determinats aspectes de la seva conducta o de les seves paraules de què el pacient no s'ha adonat clarament. Un exemple de confrontació es pot veure en el cas de la senyora B, esmentat anteriorment. La confrontació es dirigeix a aspectes conscients o molt pròxims a la consciència del pacient. No es tracta que el terapeuta descobreixi res de nou al pacient, sinó que l'estimuli a reflexionar sobre ell mateix, tasca primordial en tota forma de psicoteràpia psicoanalítica. Com assenyalava Coderch (1987), és especialment útil en els casos següents:

- En el relat del pacient es detecten llacunes, omissions o contradiccions importants.
- El pacient passa per alt aspectes importants del seu discurs.
- Es produeixen alteracions greus de les regles bàsiques del tractament (horaris, absències, honoraris, silencis excessius, etc.) (vegeu l'exemple de la senyora B).
- La conducta del pacient és francament desadaptativa i perjudicial per a ell mateix. Amb la confrontació es tracta d'augmentar la percepció de les conseqüències negatives que certes conductes tenen sobre la seva vida.
- El pacient deixa d'utilitzar recursos que té o no preveu totes les alternatives de què disposa per a encarar determinades situacions.
- El pacient té una conducta francament deshonesto o tramposa.

Atès que el terapeuta fa ús de la confrontació en aquests casos, en què hi ha desajustos entre la conducta del pacient i la mateixa percepció que en té, ha d'estar especialment atent per a no caure en actituds de "jutge" de la conducta del pacient. Si això es dona, el pacient se sentirà, potser amb raó, perseguit o acusat pel seu terapeuta, més que ajudat; jutjat i criticat, més que comprès. Ara bé, comprendre i acceptar no significa aprovar. El terapeuta ha de poder mostrar al pacient les seves contradiccions, les seves deficiències comportamentals i les seves alteracions en la relació amb els altres d'una manera franca i sincera. Altrament, el pacient es pot fer la idea que "tot val, faci el que faci" quan això no és cert (i no ho és en tant que la conducta del pacient el perjudiqui a ell mateix o perjudiqui els altres). Vegem un exemple:



### **Exemple**

El senyor P es queixa repetidament de com està d'insatisfet amb la seva feina, tan poc com li agrada, tan malament com es guanya la vida, etc. Sent que podria fer més coses i, això no obstant, vet aquí que se sent estancat i fastiguejat. Es recrea en fantasies consistentes a assolir un lloc directiu més endavant. Una cosa semblant li succeïa en les seves relacions amoroses. Sospirava per trobar una parella, es queixava de la dificultat de trobar-ne..., però no movia un dit per aconseguir-ho. Després de diverses ocasions en què el pacient expressava aquestes queixes, el terapeuta li va preguntar si s'havia plantejat alguna vegada com podria sortir del seu entrebanc laboral i trobar una parella; quines accions efectuava encaminades a aquests dos objectius. Aquesta reflexió va fer veure al pacient que gran part de la seva vida s'articulava entorn de processos més aparents que reals.

Naturalment, la confrontació no exclou l'anàlisi posterior dels motius inconscients que han conduït a la situació. Per si sola, pot ser eficaç per a pal·liar determinades conductes o errors en la conducta del pacient, però no compleix l'objectiu de les psicoteràpies psicoanalítiques quant a donar explicació a aquestes situacions. Per tant, la confrontació és, moltes vegades, una via per a la interpretació posterior.

### **L'aclariment**

En l'aclariment l'objectiu del terapeuta és diferent del que té en la confrontació. L'aclariment pretén, com el nom indica, definir millor la comunicació del pacient. Per a això el terapeuta pot resumir i sintetitzar, i pot transmetre al pacient l'essència del que comunica. Expressat en altres paraules, diu al pacient el mateix que ell diu però d'una manera més clara i concisa, vinculant el discurs amb els sentiments o motivacions que l'animen. L'aclariment, doncs, no introdueix cap idea nova (com passa en el cas de la interpretació), ni cap sentiment que el pacient no hagi expressat d'una manera o una altra. Per tant, podem afirmar que l'aclariment opera en un nivell conscient o molt pròxim a la consciència. Igual que la confrontació, pot ser una bona via d'aproximació per a la interpretació. Gràcies a l'aclariment és més fàcil comprendre allò sobre el que parla. Vegem un exemple:

### **Exemple**

La senyora E es presenta, en la seva primera entrevista, dient:

**P:** Bé, no sé gaire bé per què vinc..., però bé, per algun punt he de començar, potser encara que sigui pel final. Estic molt preocupada perquè he muntat un petit negoci de llanes, punt i tot això amb una amiga que era la meva sòcia i hem invertit uns diners i tot això, i ara de sobte la meva amiga diu que ho deixa, que no es vol complicar la vida i que ho deixa... Jo vull continuar però em sento com penjada..., no és el mateix fer les coses amb algú que fer-les tu sola. Sap? Sempre he intentat tenir alguna feina segura però, no sé per què, totes m'han anat malament. Fins i tot en una altra botiga que vaig muntar va resultar que un soci tenia problemes amb la llei i al final també em va acabar deixant el negoci a mi sola.

La pacient continua parlant de qüestions laborals mentre el terapeuta l'escolta sense fer comentaris. Al cap d'una estona, la pacient canvia el tema del seu discurs i diu:

**P:** I..., bé, a part de tot això, doncs..., li puc explicar altres coses de la meva vida..., sí, una mala vida. El meu pare va morir quan jo era petita, jo amb prou feines tenia tres mesos. No en recordo res, i la meva mare em va donar en adopció a uns parents... Ja veu...

La pacient se sumeix en un silenci i el terapeuta, com per a convidar-la a continuar, comenta el següent:

**T:** Sembla que vostè s'ha sentit abandonada en diferents ocasions, no solament en els seus negocis sinó també en els negocis de la vida; vostè m'expressa un profund sentiment de solitud.

**P:** Sí, sens dubte, ho he passat malament. He passat uns anys durs amb aquests familiars.

La pacient comenta que, sentint-se estranya entre els seus familiars i amb els companys d'escola, es va dedicar amb gran intensitat a la lectura i l'estudi de les seves tasques col·legials. Va ser, d'aquesta manera, la primera de la classe durant diversos anys.

**P:** Suposo que en el fons la gent no m'acaba d'interessar. De vegades no sé ni de què puc parlar amb la gent, la veig poc formada, està malament dir-ho, però els veig poc interessants. De vegades gaudeixo més llegint o estudiant.

**T:** Davant les dificultats que ha experimentat es refugia en la lectura i l'estudi.

**P:** Sí, és clar, no hi ha cap dubte.

Com es pot veure, en les dues intervencions el terapeuta no ha dit res de nou al seu pacient, tan sols ha destacat el *leitmotiv* principal de la seva comunicació: el sentiment de solitud i el refugi que ha trobat. Són coses que la pacient no ignora en absolut, però que formulades d'una manera més clara de com es presenten inicialment, permeten prosseguir l'exploració del psiquisme de la pacient (en aquest cas exploració diagnòstica, en tractar-se d'una primera entrevista).

Com en el cas de la confrontació, l'aclariment no exclou la interpretació, l'únic instrument del terapeuta capaç de donar compte dels processos psíquics inconscients.

## La interpretació

Pel que fa a la **interpretació** direm, en primer lloc, que *interpretar* és, des d'un punt de vista psicoanalític, el procés de deducció del sentit inconscient existent en les manifestacions verbals i comportamentals d'un pacient. En segon lloc, en el procés psicoanalític o psicoterapèutic entenem també per *interpretació* la comunicació d'aquesta deducció que es brinda al pacient amb vista a fer-li accessible aquest sentit inconscient (Laplanche i Pontalis, 1983).

Dit d'una manera més senzilla, tant en aquestes psicoteràpies psicoanalítiques com en totes les altres manifestacions de la vida, la teoria psicoanalítica parteix de la premissa (Poch, 1989) que les accions humanes (en el seu sentit més ampli, comportament, pensament, relacions, fantasies, somnis, voluntat, etc.) estan multideterminades; és a dir, tenen relació o són conseqüència de múltiples factors. Entre aquests factors la teoria psicoanalítica destaca els que es consideren de tipus inconscient, és a dir, ignorats en gran manera pel mateix subjecte. Doncs bé, la interpretació és l'instrument mitjançant el qual el terapeuta troba aquests factors actuant en les accions i comunicacions del seu pacient. És, també, l'acte pel qual el terapeuta comunica al pacient les seves idees a propòsit d'aquests factors. Així, doncs, cal distingir dos moments en l'acte interpretatiu: el moment en què la interpretació "sorgeix" en la ment del terapeuta i el moment en què el terapeuta la comunica al pacient.

Aquest no és el lloc per a detallar com arriba el terapeuta a l'elaboració d'una interpretació determinada. Tan sols direm que es basa en diferents elements que es combinen en el pensament del terapeuta fins que troba "un sentit" al que el pacient li comunica. Aquests elements són, entre d'altres, la història

personal del pacient –la transferència i contratransferència–, el coneixement teòric del funcionament mental segons la psicoanàlisi, les vivències i experiències del terapeuta, les associacions del pacient als seus propis actes i comunicacions, etc.

Amb la interpretació es verifica la màxima fonamental de la teoria psicoanalítica aplicada a la terapèutica: fer conscient l'inconscient.

Més que interpretar, considerem que el que el terapeuta fa és "donar un sentit" al que el pacient li mostra, un sentit que va més enllà del que el mateix pacient pot percebre. Aquest matís ens sembla important per dos motius: en primer lloc, i segons el multideterminisme de tota acció, considerem que no hi ha una interpretació única i exclusiva per al que ens mostra el pacient. Segurament es podrien considerar diferents interpretacions, moltes de les quals potser són vàlides per a entendre el que el pacient ens comunica. En segon lloc, la idea de "donar sentit", més que d'"interpretar", ens suggereix que la interpretació ha de ser presentada al pacient com el que és, com una possible hipòtesi, i no com una certesa irrefutable. Es pot presentar com una idea per a pensar-hi. Vegem un exemple.

### **Exemple**

El senyor F fa uns mesos que rep psicoteràpia a raó d'una sessió per setmana. Els seus símptomes ansiosos s'han alleugerit i comença a poder expressar amb més llibertat els seus desitjos, les seves aspiracions i idees. "Ja no es reprimeix tant", en les seves pròpies paraules. Amb la psicoteràpia es coneix més i millor, però...

**P:** L'altre dia em vaig quedar sorprès i preocupat. Vaig anar amb la meva dona a casa d'una amiga seva de la feina. Em vaig quedar sorprès de la manera en què es comportava la meva dona..., no ho sé, em sembla que la tractava amb molta familiaritat, amb molta facilitat, potser fins i tot massa. Vaig arribar a pensar que hi havia un aspecte de la meva dona que no coneixia del tot... Vaig pensar "ostres, que canviada"... Clar, això de pensar que no acabes de saber bé com és la teva pròpia dona... A veure quines noves sorpreses m'enduré...

**T:** Em sembla que també se sent estranyat a propòsit de vostè mateix, de les coses que ha vist aquí i de les que pot arribar a veure. Sent que tampoc no s'acaba de conèixer del tot i se sent diferent del que sabia anteriorment de vostè. Tem, també, quines coses noves pot veure sobre vostè mateix...

**P:** Sí, una mica sí. No sé quantes coses més puc arribar a descobrir. Jo pensava que era així, callat, i que ho podia aguantar tot, o que tant se me'n donaven les coses, i ara veig que no...

Quant al tema de la qualitat de la interpretació, les qüestions sorgeixen per si soles: quan una interpretació és bona o dolenta? Hi ha qui ha suggerit que fins i tot una interpretació inexacta, incompleta o inadequada pot, segons com, produir un cert benefici terapèutic (Glover, 1931), atès que la interpretació dota el pacient d'una alternativa de pensament. Considerem que encara que aquesta idea fos certa, la nostra tasca ha de ser tan exacta, completa i adequada com sigui possible. I quant a la bondat o no d'una interpretació, es mesura per la capacitat que té per a augmentar el procés terapèutic i de recerca en el mateix psiquisme del pacient. Farré, Hernández i Martínez (1992), amb la mestria que els caracteritza, ens diuen el següent:

"[...] les interpretacions són bones o dolentes en el sentit que són útils o no per a incrementar la comprensió i el contacte emocional (*insight*) amb el món intern [...]."

L. Farré, V. Hernández i M. Martínez (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve* (p. 36). Barcelona: Paidós.

## 3.2. Les tècniques de tractament

### 3.2.1. Introducció

De la teoria psicoanalítica es deriven un bon nombre de tractaments psicoterapèutics diferents en els objectius i els mètodes. Així, podem estudiar la psicoanàlisi pròpiament dita i els diferents tipus de psicoteràpies d'inspiració psicoanalítica.

L'element comú a aquestes psicoteràpies és que s'estableixen i sorgeixen dins el marc teòric de la psicoanàlisi, peça angular d'aquest tipus de tractaments que observen la conflictiva mental des de la comprensió dels primers conflictes infantils. En els dos nuclis de coneixement següents considerarem, en primer lloc, la psicoanàlisi i, en segon lloc, les psicoteràpies psicoanalítiques.

### 3.2.2. La psicoanàlisi

La psicoanàlisi, com a tècnica terapèutica, és la matriu de què es deriven la resta de les formes de tractament orientades psicoanalíticament. És en la psicoanàlisi on es poden apreciar amb tota nitidesa els elements constitutius als quals hem fet referència anteriorment. És a dir, l'acció de *setting*, aliança de treball, transferència, contratransferència, confrontació, aclariment i interpretació.

Quant a la feina del pacient, consisteix a complir la "regla fonamental", l'**associació lliure**, ja que és la millor via de comunicació del material reprimat de què disposa, i per aquest motiu és el procediment fonamental sobre el qual reposa l'anàlisi. L'associació lliure inclou la narració dels somnis que són, com Freud va assenyalar, "la via règia cap al coneixement de les activitats inconscients de la ment" (Freud, 1900). Aquest mètode de treball justifica la inclusió d'un dels ingredients més típics de la psicoanàlisi, el divan. Freud, en passar de la hipnosi a l'associació lliure, va veure que perquè es donés amb total llibertat i neutralitat es requeria que el pacient se sentís còmode, i quedés lliure del màxim nombre d'estímul possible.

La feina del psicoanalista consisteix, fonamentalment, en la interpretació de la transferència, el millor instrument de l'anàlisi, i alhora el seu obstacle més important. L'aclariment deliberat de la relació transferencial condueix d'una manera inevitable a resistències a la tasca de l'analista, les quals han de ser superades com a part del tractament. Metodològicament, l'actitud ambigua i neutra del terapeuta, en contrast amb la freqüència de les sessions –entre quatre i cinc– i amb la seva regularitat quant al temps de durada –entre 45 i 50 minuts habitualment–, està dirigida a possibilitar el procés *transferencial* i, per

tant, la intensitat dels sentiments durant el tractament. S'ha de destacar, en aquest sentit, que el procés analític reconeix la seva evolució amb el desenvolupament de la transferència que el subjecte fa amb el terapeuta. Durant l'anàlisi es desenvolupa el que s'ha anomenat *neurosi de transferència*; és a dir, la reproducció de tota una sèrie de vivències psicològiques que han passat en l'aquí i ara de la relació terapèutica. Gràcies a les interpretacions es resol la neurosi de transferència i, amb aquesta, la neurosi o conflictes fonamentals del subjecte.

És necessari protegir les interpretacions amb la confrontació i l'aclariment, perquè el tractament sigui tan beneficiós com sigui possible. En una anàlisi es dóna una feina contínua, sessió rere sessió, de repetició de les interpretacions i d'exploració de les resistències, fins que el pacient pot integrar tot això en la seva consciència. Aquesta feina minuciosa i repetitiva és el que consumeix, en general, la quantitat més gran de temps, no solament al despatx de l'analista, sinó entre sessió i sessió, ja que el pacient continua elaborant, tant conscientment com inconscientment, el que ha observat, ha sentit i ha viscut durant les sessions d'anàlisi (reelaboració).

Com ja s'ha indicat, l'anàlisi acaba en resoldre's la neurosi de transferència i els conflictes infantils del subjecte. Tanmateix, l'acabament de l'anàlisi és una qüestió difícil. Presentem una sèrie de signes psicològics que tradueixen la superació i, per tant, el final del tractament:

- 1) Supressió simptomàtica.
- 2) Liberalització de les possibilitats de realització inhibides abans. Ajust de les capacitats i aspiracions a la realitat.
- 3) Augment de la capacitat de contenció davant les tensions elevades. Notable flexibilització dels mecanismes defensius.
- 4) Capacitat de previsió dels efectes a llarg termini de la pròpia conducta. Persistència en un pla de vida.
- 5) Millora de les relacions amb els altres.
- 6) Conciliació entre les forces conservadores i les creatives. Abandonament dels radicalismes psicològics.

Freud va considerar que la psicoanàlisi era el tractament d'elecció per a la histèria (el que en els seus primers temps va denominar *reaccions de conversió*, *fòbies histèriques* i *ansietat histèrica*), i per a les neurosis compulsives.

En línies generals, la seva opinió encara continua vigent. La psicoanàlisi sembla tenir les millors indicacions en les neurosis i els trastorns de personalitat. Això no obstant, certs analistes capacitats practiquen anàlisi amb pacients

aparentment contraindicats per a aquesta pràctica, com ara parafil·lics, toxicòmans, psicòpates o fins i tot pacients psicòtics (amb considerables modificacions de la tècnica descrita).

### 3.2.3. Psicoteràpies psicoanalítiques

"Sabeu molt bé que la nostra tasca terapèutica és molt restringida. Som pocs, i cada un de nosaltres no pot tractar més que un nombre molt limitat de malalts a l'any [...]. Davant la magnitud de la misèria neuròtica que pateix el món [...], el nostre rendiment terapèutic és quantitativament insignificant [...]. Se'ns plantejarà llavors la tasca d'adaptar la nostra tècnica a les noves condicions. [...] qualssevol que siguin l'estructura i composició d'aquesta psicoteràpia [...], els seus elements més importants i eficaços continuaran essent, sens dubte, els presos de la psicoanàlisi."

S. Freud (1919). Los caminos del psicoanálisis. A *Obras completas* (vol. XVII, p. 2461-2462). Buenos Aires: Amorrortu.

"No hi ha dubte que és desitjable l'escurçament de la durada del tractament psicoanalític, però només podem aconseguir el nostre propòsit terapèutic augmentant el poder de l'anàlisi perquè arribi a auxiliar el jo [...]."

S. Freud (1937). Análisis terminable e interminable. A *Obras completas* (vol. XXIII, p. 3349). Buenos Aires: Amorrortu.

Aquests dos fragments demostren que Freud, amb la inestimable ajuda del seu amic Ferenczi, ja va intuir un fet que en poc temps es convertiria en realitat: la tècnica "mare", la psicoanàlisi pròpiament dita –el laboratori analític–, generaria un enorme nombre de plançons que permetrien ampliar el seu camp d'acció d'una manera considerable.

Així, per exemple, tres anys després de la mort de Freud, l'Institut de Psicoanàlisi de Chicago va fer el Primer Congrés sobre Psicoteràpia Breu. El 1945 apareix una obra clàssica sobre la psicoteràpia psicoanalítica, *Terapèutica Psicoanalítica*, d'Alexander i French (1945). El 1963 apareix un altre text capdavanter del tema, *La psicoteràpia breu* (Malan, 1963). Actualment hi ha un bon nombre de psicoteràpies inspirades en les bases teòriques de la psicoanàlisi. Presentarem tan sols els tipus principals.

#### **Psicoteràpia de suport**

Aquest terme, molt utilitzat per terapeutes i psiquiatres, pot semblar una paraula buida, mancada de contingut conceptual i pràctic clar. Tanmateix, es tracta d'una tècnica oportuna i indicada en moltes ocasions.

El seu principal objectiu és l'atenuació o la supressió de l'ansietat, amb la intenció que el pacient pugui retornar a la situació prèvia a la crisi i, a més, procurant assajar noves conductes durant el període psicoterapèutic. El paper del terapeuta és docent i directiu. S'espera que el vincle real amb el terapeuta també exerceixi una influència correctora. El període de temps pot ser limitat o no, segons el tipus de pacient de què es tracti. La visita periòdica cada dos o tres mesos, o fins i tot a demanda del mateix pacient, pot cobrir perfectament els objectius d'aquesta teràpia. La inclusió de fàrmacs estaria destinada a reforçar la feina de suport i, a més, permeten continuar el vincle durant els in-

tervals entre les visites. Evidentment, les interpretacions transferencials s'han d'ometre, encara que de vegades poden ser necessàries, sobretot per a intentar defugir els efectes perjudicials de la transferència negativa. S'empra fonamentalment l'aclariment i, en menys mesura, la confrontació.

### **Psicoteràpies breus i focals**

Tenen com a finalitat tractar un problema concret o ajudar a afrontar un trauma important en la vida del subjecte.

El seu origen es pot trobar en el mateix Freud, en els *Estudios sobre la histeria* (1895), encara que els vertaders pioners són els que van crear el 1946 el Consell de Psicoteràpia Breu de Chicago (Fenichel, Alexander, French, etc.). Els autors que en l'actualitat estudien amb més profunditat aquesta temàtica són Malan (1963, 1976a, 1976b i 1979), Bellack i Small (1965), Fiorini (1973), Braier (1981) i Balint i els seus col·laboradors (Balint, Ornstein i Balint, 1986).

La tècnica consisteix fonamentalment en la focalització, és a dir, a delimitar el problema nuclear. El tractament se centra en l'abordatge d'aquest nucli concret, i permet al pacient la conscienciació emocional, i reviure en "l'aquí i l'ara" els motius de la seva conflictivitat. El terapeuta ha de ser molt actiu i evitar que el focus es perdi entre altres problemes del pacient. El període de tractament sol estar sempre ben delimitat des del principi. El pronòstic d'aquest tipus de tractament depèn sempre de la indicació correcta i la focalització adequada.

Els criteris de selecció se centren en la capacitat d'enfocar el conflicte, la motivació per al tractament, la bona capacitat d'introspecció i d'establir una relació adequada amb el terapeuta –psicopatologia no greu– i la capacitat d'enfrontar-se amb la realitat.

Aquest tipus de tractament es basa en una sèrie de principis teòrics i tècnics, que són els següents:

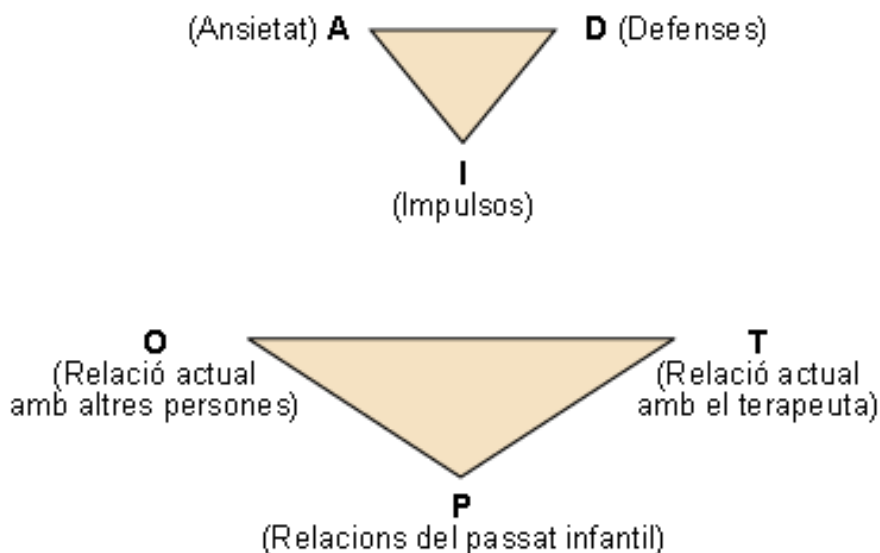
- Entrevistes diagnòstiques de selecció.
- Aliança terapèutica precoç.
- Planificació i focalització.
- Participació activa del terapeuta.
- Ús de les interpretacions segons els triangles de les persones i del conflicte.
- Cerca de la solució parcial dels conflictes infantils.
- Enfortiment del *jo* del pacient.

#### **Exemple**

La preparació d'un nen per a una intervenció quirúrgica d'una certa importància.

- Multiplicitat possible de recursos terapèutics (intervencions verbals no interpretatives, informatives, reasseguradores; ús de psicofàrmacs, etc.).
- Temps de tractament limitat per endavant, aproximadament de sis a nou mesos.

Pel seu interès teòric i pràctic ampliarem, breument, el cinquè punt de la llista anterior. La **teoria dels triangles** és un sistema conceptual gràfic que permet visualitzar i teoritzar sobre el que succeeix en tota relació terapèutica. Les fonts d'aquesta teoria són els treballs de K. Menninger (1958), Malan (1963, 1976a, 1976b, 1979) i Molnos (1984). El primer d'aquests triangles és el del "conflicte" i consisteix en defenses (D), ansioxa o ansietats (A) i sentiments o impulsos ocults (I). Aquest triangle està relacionat amb el segon, el de les "persones", perquè tot impuls (I) es dirigeix a una o més categories del triangle de les persones, que són els altres del passat recent o present (O), el terapeuta (T), per mitjà de la transferència, i les persones més significatives del passat (P), generalment els progenitors. Els triangles es representen així:



Els dos triangles relacionals de Malan (1963, 1976a, 1976b, 1979).

La idea fonamental de Malan és que en tota relació terapèutica –tret que estigui totalment mediatitzada pel terapeuta– s'actualitza la transferència, el triangle del conflicte complet amb el terapeuta. És a dir, sorgeixen els impulsos bàsics del pacient, les seves ansietats i defenses.

El terapeuta mostra, llavors, com el que es desplega en l'aquí i ara ocorre també fora de la consulta, és a dir, amb (O) i amb (P). Quan s'efectua una interpretació que implica els tres vèrtexs del triangle del conflicte i de les persones, es considera una interpretació completa o total. Aquestes interpretacions solen ser molt reveladores per als pacients. Potser un exemple clínic resulti aclaridor.



Davant un pacient que consulta per successives ruptures en les principals relacions personals, i que es mostra inhibit davant el terapeuta al final d'una sessió, aquest li interpreta: "Potser aquesta dificultat de comunicar-me ara els seus sentiments (D) té a veure amb una certa por (A) pel fet que en finalitzar la sessió a vostè tot se li esborri de la memòria (I). En un altre moment relatava que en anar-se'n de casa dels pares (P) no va voler saber res més d'ells i també com procura no pensar en la seva última relació de parella (O)".

### **Psicoteràpia psicoanalítica pròpiament dita**

La psicoteràpia psicoanalítica pròpiament dita es podria considerar a mig camí entre la psicoanàlisi i la psicoteràpia focal. Es practica amb molta freqüència i n'hi ha poca teoria. Es poden consultar els estudis de Paolino (1981), Esteve (1984) i l'excel·lent treball de Coderch (1987). Les seves indicacions clíniques estan poc precisades, i sovint s'efectuen més per exclusió davant l'anàlisi que per conveniència explícita d'un determinat pacient (Braier, 1988). Alguns d'aquests criteris que impossibilitarien fer una anàlisi però que permetrien la feina d'una psicoteràpia psicoanalítica podrien ser els següents:

- Dificultats externes: econòmiques, horàries, etc.
- Dificultats internes: dificultats per a fer associacions lliures, resistències caracterials, etc.
- Edat avançada.
- Malaltia orgànica important.
- Insuficiència d'altres tipus de tractament (farmacològic, de suport, etc.).

Tanmateix, s'ha d'insistir una vegada més en la relativa validesa d'aquests criteris estàndard. Davant un pacient determinat el més útil és consultar la indicació amb un terapeuta més expert.

L'objectiu d'aquest tipus de psicoteràpia seria la millora simptomàtica i la consecució d'algun canvi en l'estructura de personalitat del subjecte.

La tècnica sol incloure un terapeuta més actiu que en la psicoanàlisi i l'ús de l'associació lliure. El terapeuta no sol centrar les seves interpretacions en la transferència, encara que s'analitza quan es considera necessari. No es fomenta, en absolut, en la neurosi de transferència. El límit temporal és obert, sense límit fix. El final es produeix quan el pacient es veu lliure de la seva simptomatologia i ha obtingut un cert canvi o millora en l'estructura de personalitat. De vegades, un final per a aquest tipus de psicoteràpia és la derivació del pacient a un tractament psicoanalític complet.

### **3.2.4. Aplicacions especials de les psicoteràpies psicoanalítiques**

El progrés de la psicoteràpia orientada psicoanalíticament ha donat lloc a recerques per a la seva aplicació a diferents camps. Descriurem, breument, alguna d'aquestes aplicacions particulars. En primer lloc, l'aplicació a pacients psicòtics. A continuació, el seu ús amb nens, adolescents i la tercera edat i, finalment, la seva aplicació a la institució pública.

#### **Psicoteràpia de la psicosi**

Malgrat que Freud va considerar que el tractament analític no era apte per a la seva aplicació a aquest tipus de pacients, estudis posteriors han possibilitat l'aclariment de la transferència psicòtica i, per tant, han permès la creació de tècniques psicoterapèutiques específiques per a la psicosi.

Destaquen, en aquest sentit, els treballs de Klein (1948), Federn (1943, 1947), Fromm-Reichmann (1939, 1952), Rosenfeld (1965, 1969) i els més recents de Resnik (1988), Badaracco (2000), etc.

Tots aquests autors, juntament amb molts altres, han contribuït al fet que la psicoteràpia de la psicosi sigui possible i doni resultats sorprenents. Tanmateix, resulta una tasca especialment àrdua i complexa, de llarga durada, i l'aplicació de la qual requereix una formació i un compromís que molt pocs aconsegueixen assumir. És a dir, els terapeutes en condicions d'iniciar aquest tipus de tractament són escassos.

Tanmateix, des d'aquí voldríem estimular la lectura d'aquestes obres esmentades, riques en exemples clínics, des de les quals la psicosi perd part de l'halo de comprensibilitat que l'envolta. Es pot deixar de considerar com una cosa allunyada de la nostra realitat diària i personal.

#### **Psicoteràpia en nens i adolescents**

La psicoteràpia infantil passa indefectiblement pel joc i el dibuix, amb la seva anàlisi corresponent, ja que el llenguatge no és sempre el millor vehicle comunicatiu del nen.

Encara que hi ha la creença –errònia, sens dubte– que la psicoteràpia infantil té menys dificultat que la d'adults, considerem inadequat fer un tractament infantil sense posseir un bon bagatge clínic.

Alhora, es fa imprescindible la lectura d'algunes obres clau sobre el tema (Klein, 1948; Winnicott, 1958; Aberastury, 1962; Biermann, 1973).

L'adolescent és un ésser a mig camí entre el nen i l'adult, i en això se sol centrar la seva conflictivitat. El treball amb l'adolescent requereix que el terapeuta tingui presents constantment uns factors consubstancials a aquesta edat (Aberastury i Knobel, 1973):

- Estat de triple dol mental: pels pares de la infantesa, per la identitat infantil i pel cos infantil.
- Tendència a situacions regressives i a l'actuació de les dificultats internes.
- Canvis biopsicosocials que fomenten ansietats molt intenses i les seves defenses corresponents.
- Cerca d'una nova identitat.

### **Psicoteràpia de la tercera edat**

Si bé l'experiència clínica ens mostra que la psicoteràpia psicoanalítica és una tècnica d'aplicació difícil en pacients grans –rigidesa de les defenses, múltiples dols que cal elaborar, transferència molt complexa, etc.–, això no implica que no pugui ser útil i aplicable a molts subjectes d'edat avançada (Simburg, 1985). D'acord amb Coderch (1987), en una psicoteràpia psicoanalítica amb un ancià es pot aconseguir un alleujament o supressió del patiment psíquic, un bon nivell d'*insight*, noves pautes de relació interpersonal, etc.

### **Psicoteràpia en la institució pública**

No hi ha dubte que un dels màxims desenvolupaments de la psicoteràpia psicoanalítica resideix en la seva aplicació en el si de les institucions públiques. L'adequació de la tècnica psicoterapèutica –mitjançant les teràpies breus i focals, per exemple– ha permès la seva implantació social, per mitjà de l'aparell sanitari públic, tant si és en hospitals generals o psiquiàtrics, centres d'assistència primària, com hospitals de dia, entre d'altres.

La importància d'aquest moviment no resideix únicament en el seu valor assistencial. La influència que els terapeutes d'orientació dinàmica exerceixen sobre les mateixes institucions i el comportament del personal que hi treballa és considerable i, pensem, d'un valor inestimable: formació del personal, flexibilització de la normativa interna, acostament a tot el que és psicosocial per mitjà de l'anàlisi de les ansietats i defenses predominants en la institució, etc.

## 4. Tècniques il·lustratives

### 4.1. Exemple de psicoteràpia psicoanalítica

L'exemple que presentem prové d'una psicoteràpia psicoanalítica breu i focal. La intervenció es va prolongar al llarg de quatre mesos a raó d'una sessió setmanal, incloses les tres primeres sessions diagnòstiques. Prendrem fragments de diàleg de diverses sessions amb l'objectiu de mostrar diferents tècniques i intervencions que exemplifiquin el procés terapèutic.

La senyora Maria acut als serveis ambulatoris d'un hospital públic. Consulta per un problema d'obesitat complicat amb hipertensió. A la farmàcia, en un control rutinari, li van trobar la pressió molt alta. Li van recomanar anar al metge de capçalera, que la va derivar a un centre més especialitzat.

A l'hospital la va visitar l'especialista en nefrologia, que li va receptar una medicació antihipertensiva, i també l'endocrí, que va insistir a establir un règim alimentari amb l'objectiu de perdre pes. Va ser l'endocrí qui va suggerir a la pacient la visita a un dels psicoterapeutes de l'hospital.

#### 4.1.1. Primera sessió

Després de les presentacions de rigor, el diàleg transcorre de la manera següent:

**P:** "Vinc perquè m'ho ha dit el metge del règim. Però no sé gaire bé per què m'ha enviat, jo sóc molt normal, crec, no se sap mai, però no m'hauria imaginat mai que m'enviarien al psicòleg".

**T:** "Comprenc el que em diu, però bé, els psicòlegs també podem ajudar les persones normals i aquí a l'hospital tenim l'experiència que, a més de la medicació, de vegades parlar de les coses personals resulta beneficiós per al tractament".

Aquí podem veure com el terapeuta intenta reformular la demanda de la pacient, que no veu clar per què ha de parlar amb un professional de la salut mental si ella és normal. El terapeuta li suggereix que fins i tot si s'apropa a la seva realitat psíquica pot millorar el seu estat.

**P:** "Sí, sí, si no dic que no, de fet el metge de la tensió ja em va dir que això podia ser també psicològic, perquè trobar-me no m'han trobat res, és a dir, que d'alguna cosa m'ha de venir".

**T:** "Veig en el seu historial que vostè va venir a l'hospital per la tensió i que també l'ha visitat l'endocrí. Expliqui'm com va tot això".

**P:** (La pacient relata el descobriment de la tensió a la farmàcia, la visita al metge de capçalera i les que ha fet a l'hospital). "És evident que amb tot això jo estic molt nerviosa, la veritat. Bé, de fet, de sempre he estat nerviosa, jo. Però bé, avui dia ja se sap, tothom està molt nerviós".

**T:** "Expliqui'm, si li sembla, com són aquests nervis seus".

La pacient projecta els seus nervis a "tothom". El terapeuta intenta acostar-la als que li pertanyen –"aquests nervis seus"– deixant de banda les altres persones i procura que la pacient readmeti, per dir-ho així, en el seu interior el que ha estat projectat.

**P:** "Bé, estic molt inquieta, de vegades no tinc ganes de fer res, o em canvia l'humor, i estic baldada. De vegades penso que no tinc ganes de viure, la veritat... (en aquest moment la pacient comença a plorar), perdoni que plori, és que ja li dic, no em puc aguantar".

**T:** "Des de quan es troba així?"

**P:** "Ja fa temps, uns tres anys. No sé si hi tindrà a veure, però més o menys des que el meu marit va emmalaltir i després va morir. Va ser tot molt ràpid, ell estava la mar de bé i de sobte es va trobar malament, amb mal d'estómac. Va anar al metge i li van trobar un càncer d'estómac. Imaginis, ell que sempre havia estat bé, i en sis mesos se'n va anar. No es pot imaginar com ho vam passar de malament, encara que jo vaig haver d'aguantar el tipus, és clar. És que n'hi ha per a no creure-s'ho. De vegades encara em desperto pensant que no pot ser. Quan estic tan malament, penso que tinc ganes d'anar-me'n, amb ell, com ell... Si no fos pels fills, però de veritat que de vegades m'agradaria morir-me. Fixi's que m'ho prenc tan malament que no en parlo amb ningú perquè em poso malalta. Els meus fills ni l'esmenten, el seu pare, per mi. Això que li explico a vostè no ho explico a ningú".

**T:** "I això per què?"

**P:** "Perquè no ho sé, miri, crec que parlar d'això em posarà pitjor, la veritat. Els meus fills em diuen que tracti d'oblidar, perquè si hi penso em posaré pitjor, em pujarà la tensió, dic jo".

**T:** "Potser la tensió pot pujar si les coses que fan patir es queden a dins i no surten..., com si fos una olla de pressió, per dir-ho així. Vostè em mostra que hi ha molt de patiment dins seu, molt de dolor. I jo diria que molta por, però també moltes ganes de poder-ho treure, de poder parlar-ne amb algú".

El terapeuta assenyala a la pacient una defensa important: la repressió (en aquest cas conscient) dels sentiments. Amb la metàfora de l'"olla de pressió" i el suggeriment que hi ha "moltes ganes de parlar d'aquests temes", el terapeuta fa un aclariment del discurs de la pacient, i alhora estableix les bases per a una aliança de treball posterior.

**P:** "Pot ser, però jo sola amb això no tiro endavant. Veig que estic en un cercle negatiu. Tant de treballar tots dos, tan bé com estàvem ara, amb els fills ja grans i ara que podíem gaudir, fixi's quin desastre...".

**T:** "Crec que sent que tenien plans de futur, de gaudir, d'estar junts, i en morir el seu espòs es queda vostè sola, sense plans i com si no tingués res més a fer aquí".

El diàleg anterior representa un nou aclariment del terapeuta.

**P:** "Sí, què faré jo sola? El meu marit era formidable, el millor home del món. Amb ell hauria anat a la fi del món, amb ell tenia de tot i ara m'he quedat sense res. Ja sé que està malament que ho digui, que no és veritat, que tinc els fills, els meus pares, que també em necessiten perquè ja són grans".

Podríem veure en "el meu marit era el millor home del món" una clara idealització (vegeu els mecanismes de defensa) de la pacient respecte del seu espòs. Un mecanisme de defensa comprensible però que en aquest cas dificulta l'elaboració del dol. Això no obstant, aquest no és el moment –una primera entrevista– per a intentar desactivar aquest mecanisme, o bé mitjançant una confrontació o bé mitjançant una interpretació. El terapeuta fa bé de limitar-se a "prendre nota" del mecanisme i deixar fluir el discurs de la pacient.

La pacient relata alguns altres aspectes importants de la seva vida: els seus pares disposaven de pocs recursos econòmics, va patir diverses operacions des de petita fins ben entrada l'adolescència per problemes de maluc. Ara té problemes econòmics perquè el marit era autònom (tenia una botiga de papereria i material d'oficina en règim de franquícia) i ella va quedar amb una pensió molt escassa; d'altra banda, ningú de la família pot continuar el negoci. La pacient, després d'explicar diverses penalitats més, afegeix:

**P:** "Però ai!, no el vull aclaparar més, segur que tots els que venim aquí li expliquem coses així, ha de ser molt dur per a vostè, m'imagino que ja estan preparats, però no el vull marejar més, es tornaria boig si tots fessin com jo".

**T:** "Em sembla que el que vostè em transmet és que tot això que li ha succeït ha estat tan dolorós que tem que ningú no ho pugui aguantar. Ni vostè si ho explica, ni jo si ho sento, ni els seus fills si ho recorden. Però aquí sí que podem parlar de tot això sense que ningú no s'erosioni, ni s'hagi de reprimir ni el dolor ni el record".

Nova projecció de la pacient: és ella la que està "marejada" i se sent "aclaparada" o "boja" (per dir-ho així, en termes col·loquials, òbviament). El terapeuta respon a aquesta projecció declarant-se una figura sòlida, capaç de resistir, amb el pensament i el diàleg, el dolor de la pacient. Amb un aclariment (el resum del sentit de les paraules de la pacient), torna a fomentar l'aliança de treball (és com si el terapeuta li digués: "Vostè i jo sí que podem bregar amb això si en parlem").

**P:** "Bé, és tan fort... I a més, el passat ja és passat i no es pot canviar".

**T:** "No es pot canviar el passat, però potser sí que la podem ajudar en el seu present. Crec que si poguéssim anar parlant a poc a poc de totes aquestes coses, vostè es podria sentir una mica millor. Li proposo que ens vegem un parell de vegades més, per anar parlant amb més temps de tot això, a poc a poc, perquè no siguin com un volcà que se li faci molt costa amunt, perquè pugui suportar millor acostar-se a tots aquests sentiments dolorosos que hi ha dins seu".

El terapeuta focalitza, ja en aquesta primera sessió, sobre el punt de conflicte de la pacient: la falta de tramitació psicològica, per dir-ho d'alguna manera, de la pèrdua de l'espòs, amb tots els sentiments que hi estan associats, i la consegüent absència d'expressió d'aquests sentiments. Tots aquests aspectes, probablement, han contribuït a la hipertensió, l'augment de pes i, evidentment, la depressió de la pacient.

**P:** "Em sembla bé, ja m'adono que passo de no parlar gens a deixar-ho anar tot i quedar-me feta pols, però la veritat és que m'ha alleujat parlar amb vostè".

Transcorreguda una visita més, pacient i terapeuta acorden de veure's a raó d'una trobada per setmana, durant dotze setmanes. El terapeuta li explica que treballaran cara a cara, tal com han transcorregut les primeres sessions diagnòstiques, li comenta la necessitat de respectar els horaris i li diu que podrà parlar de "tot el que li passi pel cap", sense crítiques ni restriccions.

És a dir, han pactat l'enquadrament extern o *setting* de la feina que cal fer.

#### 4.1.2. Sessió psicoterapèutica número sis

**P:** "Estic molt preocupada pel tema dels diners. Penso que hauria de buscar una mica de feina, no sé ben bé què, a la meua edat la veritat és que no serveixo per a res, no sé fer res".

**T:** "Segur? Vostè em va comentar que cosia vestits, que sabia cuidar nens, que sabia cuinar, que coneix tècniques de rebosteria i que ajudava el seu marit en la botiga de papereria".

La situació anterior és un exemple clar de confrontació. El terapeuta pot semblar aquí una mica contundent, però resulta evident que la pacient deixa d'utilitzar recursos que posseeix i no té en compte totes les alternatives de què disposa per a encarar les dificultats econòmiques, amb el perjudici consegüent per a ella i els seus familiars.

**P:** "Té raó..., no ho sé, potser sí que podria fer alguna cosa..., però no ho sé. De fet una veïna em va demanar que li cuidés el nadó, té sis mesos i és moníssim, una nena preciosa, molt gran i sana, però em fa un no sé que...".

**T:** "Un no sé què...?".

El terapeuta, parafrasejant la pacient, la convida a l'associació lliure.

**P:** "No ho sé..., ai no ho sé, em fa una cosa, no ho sé..., no m'acabo de decidir, i no sé per què".

**T:** "Potser tem que li passi una cosa de sobte, una cosa dolenta, igual que li va ocórrer al seu marit, una cosa que no es veu per fora i fa mal".

**P:** "Déu nos en guard!, però sí, deu ser això. L'altre dia vaig veure un reportatge a la tele sobre una cosa que s'anomena *mort sobtada* o una cosa així, que es veu que els passa a alguns nadons, i vaig pensar: «Això és terrible, pobres pares, com han de quedar»".



El terapeuta ha fet una interpretació. Ha intentat mostrar a la pacient un contingut mental que encara no havia accedit a la consciència. Després de la seva intervenció, el material reprimat pot ser tramitat per mitjà del diàleg. Del "no ho sé" o "em fa cosa", s'ha passat a un temor manifestament vinculat amb l'experiència viscuda per la pacient. L'associació posterior de la pacient, "la mort sobtada", mostra que la interpretació ha estat adequada, ha fomentat el pensament de la pacient i ha obert una nova via de diàleg.

#### 4.1.3. Sessió psicoterapèutica número catorze

**P:** "L'altre dia vaig tenir un somni. Veia un edifici que semblava un hospital. De no sé on sortia un cotxe, no sé si amb un home o una dona a dins. Després ja el veia xocar".

**T:** "Què li suggereix?".

**P:** "Ai, no ho sé".

Després d'un breu silenci, el terapeuta diu:

**T:** "Bé, aquí estem en un hospital...".

**P:** "Sí, no ho sé, crec que el conductor anava amb bata blanca".

**T:** "No ho sé, però potser podríem pensar que ara que es va acabant el seu tractament, doncs que vostè senti ràbia, i el que hem estat treballant aquí, o jo mateix, pot patir un accident en el seu interior, al seu cap, al seu pensament...".

**P:** "Uhm... ràbia no en tinc, no, cap, al contrari, vostè sap que li estic agraïda, i que estic millor de la pressió i tot".

**T:** "Sí, ja ho sé, però d'altra banda, quan les coses que ens agraden s'acaben, doncs també pot ser que sentim ràbia... El mateix podria succeir amb el seu marit, un sentiment com si vostè digués: «Serà possible que m'hagi deixat ara? Quina ràbia em fa!»".

Observeu que el terapeuta mira de vincular el somni, d'un contingut transferencial clar, amb la resposta emocional de la pacient a la mort de l'espòs. Es vinculen així dos vèrtexs del triangle de les persones. L'aquí i l'ara de la teràpia, en el moment que finalitza, fa reviure a la pacient sentiments oposats similars als que va experimentar amb la pèrdua del marit. En aquesta ocasió, la pacient disposa d'un interlocutor per a dialogar sobre una cosa que estava molt allunyada de la seva consciència: la ràbia contra l'espòs (tan idealitzat, recordem-ho). Encara que falta poc per a finalitzar el tractament, el terapeuta es decideix a explorar aquesta via associativa que ofereix la pacient, sabent l'estreta relació que hi ha entre la ràbia reprimida i les dificultats per a l'elaboració del dol.

P: "No, no, jo ho entenc, ja entenc que no poden estar per mi tot el temps del món, amb la quantitat de gent que hi ha en aquest hospital".

T: "Sí, però no seria estrany que sentís que la tornen a deixar sola, amb les seves dificultats, el seu patiment, després d'haver treballat tant, com amb el seu espòs. Vostè sola, i els altres fent la seva vida".

P: "Bé, quan va morir el meu marit potser sí que em vaig sentir una mica així, que els altres vivien la seva vida igualment, sense estar tristos com jo. Com podia estar el món tan normal i jo tan trista? Pensava que tothom estava bé, i jo tan malament...".

T: "És un sentiment que pot fer ràbia".

P: "Sí, potser sí, no ho sé, però contra el meu marit, per què?".

T: "A vostè què li sembla?".

P: "No ho sé, per deixar-me, com vostè diu? No ho sé, l'altre dia pensava en això i vaig pensar que em va fer ràbia que el meu marit no es fes una assegurança de vida. Jo feia anys que li ho deia, pel que pogués passar, i ell «que no, que és molt car, que ja ho miraré», i fixi's, no li va donar temps!".

#### **4.1.4. Ultima sessió**

La pacient es mostra agraïda per la feina feta. Relata que ha començat a cuidar la filla de la veïna, i que li va bé. Se sent segura amb la nena, tot i que la vigila molt, perquè cuidar un nen "és molta responsabilitat". Explica també que l'altre dia es va sorprendre parlant amb els seus fills, durant el dinar, del seu espòs, i que això no la va posar ni nerviosa ni res. La pacient ha perdut uns quants quilos, encara que ha de continuar amb el règim, i la pressió arterial

ha disminuït considerablement, tot i que el metge li manté una petita dosi de medicació de manteniment. Pacient i terapeuta s'acomiaden i acorden una visita de seguiment per d'aquí a tres mesos.



## Bibliografia

- Aberasturi, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Aberasturi, A. i Knobel, M. (1973). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Alexander, F. i French, T. (1945). *Psychoanalytic therapy*. Nova York: Roland Press.
- Badaracco, J. G. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós.
- Balint, M., Ornstein, P. H. i Balint, E. (1986). *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bellack, L. i Samll, L. (1965). *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. Nova York: Grune and Stratton.
- Biermann, G. (1973). *Tratado de psicoterapia infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Braier, E. A. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braier, E. A. (1988). *Las psicoterapias psicoanalíticas. Perspectivas teórico-clínicas del proceso psicoterapéutico*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Breuer, J. i Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. A S. Freud. *Obras completas*, (vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1995). *La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Barcelona: Herder.
- Dana, R. (1972). *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Esteve, J. (1984). Psicoanàlisi i psicoteràpia psicoanalítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 1, 147-159.
- Eskelinen, T. (1981). Some notes on transference and countertransference problems in supervision. *European Psychoanalytical Federation Bulletin*, 16, 45-54.
- Farré, L., Hernández, V. i Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós.
- Federn, P. (1943). Psychoanalysis of psychosis. *Psychiatric Quarterly*, 17, 470-487.
- Federn, P. (1947). Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 129-145.
- Ferenczi, S. (1909). Transferencia e introyección. A *Obras completas* (vol. I). Madrid: Espasa Calpe.
- Fiorini, H. J. (1973). *Teoría y técnica de las psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. A *Obras completas* (vol. V). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Los caminos del psicoanálisis. A *Obras completas* (vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. A *Obras completas* (vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm-Reichmann, F. (1939). Transference problems in schizophrenics. *Psychoanalytic Quarterly*, 8, 412-422.
- Fromm-Reichmann, F. (1952). Notes on the development of the treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. A G. B. Bychowski i J. L. Despert (Ed.). *Specialized techniques in psychotherapy* (p. 159-179). Nova York: Basic Books.
- Glover, E. (1931). The therapeutic effect of inexact interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 12, 397-411.

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nova York, NY: Basic Books.
- Klein, M. (1948). *Contributions to psychoanalysis 1921-1945*. Londres: Hogarth.
- Klein, M. (1952). Los orígenes de la transferencia. A *Obras completas* (vol. III). Barcelona: Paidós.
- Laplanche, J. i Pontalis, J. B. (1983). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Malan, D. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Londres: Tavistock.
- Malan, D. (1976a). *The frontier of brief psychotherapy*. Nova York: Plenum Press.
- Malan, D. (1976b). *Toward the validation of dynamic brief psychotherapy*. Nova York: Plenum Press.
- Malan, D. (1979). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinamia*. Buenos Aires: Paidós.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. Londres: Imago.
- Molnos, A. (1984). The two triangles are four: a diagram to teach the process of Dynamic brief psychotherapy. *British journal of Psychotherapy*, 2, 112-125.
- Paolino, T. (1981). *Psychoanalytic psychotherapy*. Nova York: Brunner i Mazel.
- Poch, J. (1988). *Aportaciones teóricas y técnicas del caso "Elisabeth Von R" de Freud al desarrollo del psicoanálisis*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Poch, J. (1989). *Psicología dinámica*. Barcelona: Herder.
- Resnik, S. (1988). *Experiencias psicóticas*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Rosenfeld, H. A. (1965). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenfeld, H. A. (1969). On treatment of psychotic states by psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 615-631.
- Simburg, E. J. (1985). Psychoanalysis of the older patients. *Journal of American Psychoanalytic Assessment*, 33, 178-181.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Tizón, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora.
- Winnicott, D. W. (1948). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.