

Un estudio de las identificaciones en «Zelig», de W. Allen (Segunda parte)¹

Eduardo Braier

Resumen

Esta segunda parte del estudio de las identificaciones en el filme «Zelig» aborda aquellas generadas durante el tratamiento psicoterapéutico de Zelig con la Dra. Fletcher. Comprende tanto las identificaciones de la terapeuta con el paciente como las de éste con ella. Unas y otras reproducen las que se darían en una relación madre-niño.

En principio se produciría una identificación empática del yo de la terapeuta con el yo del paciente, como condición necesaria para comprenderlo y ayudarlo, y que correspondería a la capacidad de la madre para identificarse con su hijo (Winnicott).

Una terapeuta «suficientemente buena» (Winnicott) haría posible, en pacientes con graves déficits en su matriz identificatoria, una identificación con el objeto-terapeuta, la que devendría espontánea e inevitablemente de la relación transferencial, bajo la regresión terapéutica, admitiendo un cierto paralelismo con la identificación primaria. Tal identificación tendría un cierto efecto organizador del funcionamiento psíquico del paciente; por ello es aquí considerada terapéutica. No debe ser confundida con la nociva identificación pigmaliónica (Braier), esto es, la inducida por el analista que se ha erigido previamente en el ideal del yo o el yo ideal del paciente.

La ingeniosa trama del filme se presta para ilustrar con detalle estos diversos aspectos.

Dra. F.: ¿Usted no es médico?

Z.: ¡No! ¿O sí lo soy?

Dra. F.: Entonces, quién es usted?

Z.: ¿Qué quiere decir con quién soy? No lo sé. Son preguntas que...

Dra. F. (interrumpiendo a Z.): ¡Leonard Zelig!

Z.: Sí, es cierto. Y quién es él?

Dra. F.: Usted.

Z.: Pfff... No, yo no soy nadie...nadie... Cójame, porque me caigo.

ALLEN, W. (A.S. Konigsberg) (1983). *Zelig*, Barcelona: Tusquets Editores, 1985.

I. Introducción

He de proseguir aquí el estudio de las identificaciones en la película *Zelig*, de W. Allen, tarea ya iniciada en un trabajo publicado en un número anterior de esta revista,² en el que me ocupé de las identificaciones en la *patología* del protagonista. En esta segunda parte dicho estudio culminará con el abordaje de las identificaciones producidas en el seno del *tratamiento psicoterapéutico* de Leonard Zelig.

II. Las identificaciones en el tratamiento de Leonard Zelig

El procedimiento que la doctora. Fletcher (Dra. F.) emplea con Zelig (Z.) podría equipararse a una mezcla experimental de psicoterapia psicoanalítica con hipnoanálisis, técnicas psicodramáticas y maternaje. Me recuerda en parte el tratamiento-maternaje de Reneé, la enferma esquizofrénica; M-A Secheyay (1950), su terapeuta, la llevó a vivir con ella, tal como la Dra. F. lo hace con Z.

Pese a esta mezcla existe, no obstante, cierta coherencia interna: la Dra. F. indaga en el inconsciente de Z. aprovechando que el paciente cae en trances hipnóticos bajo su conducción, al tiempo que no deja de *sostenerlo* (¿hay una expresión más adecuada para el caso, Winnicott mediante?) como lo haría una madre que tiene en brazos a su bebé y con una actitud cálida, solícita; en suma, maternal. (El propio Z. llegará a pedirle que lo sostenga porque se siente caer.)

Tan peculiar combinación de técnicas recuerda asimismo aquellos primeros intentos de Freud que quedaron registrados en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895); entre otras cosas, por el empleo de la hipnosis y la indagación acerca de cuándo tuvo el paciente los síntomas (que en el caso de Z. consistían en «convertirse» en la gente que lo rodeaba) por primera vez. Hoy, sumándonos a lo que dice B. Bettelheim en el filme, la mayoría de los psicoanalistas trataríamos los casos que pudieran

parecerse al de Z. de una manera muy distinta, con seguridad sin recurrir necesariamente a la hipnosis ni al maternaje directo.

Lo que aquí en especial nos interesa es todo aquello que la película muestra o sugiere en cuanto a las *identificaciones* que se registran en paciente y terapeuta, que forman parte del proceso del tratamiento pero que, además, según entiendo, poseen un papel importante dentro del mismo; como en el filme se otorga una fracción considerable de su duración total a la terapia, éste resulta generoso en ilustraciones acerca del tema que nos ocupa.

Si bien el caso se presta para estudiar las identificaciones del paciente con su terapeuta, cabe también hacer referencia a las de ésta con él, cosa que haré primero, ya que además ellas son condicionantes de la producción de ciertas identificaciones que puede desarrollar el paciente con el terapeuta, tal como veremos más adelante.

II. 1. La identificación de la terapeuta (Dra. F.) con el paciente (Z.)

Me referiré a determinado tipo de identificación que constituye un requisito para lograr el éxito terapéutico.

Sabemos que es preciso que el terapeuta logre interesarse auténtica y suficientemente por el paciente para poder hacerse cargo de él y comprenderlo. Ello implica una identificación con el paciente, que podríamos llamar *empática* y que responde al concepto de identificación *concordante* aportado por Racker (1959). Se trata de la identificación de una instancia del aparato psíquico del terapeuta con idéntica instancia del correspondiente al paciente. Aquí cabe pensar por sobre todo en la identificación del *yo* del terapeuta con el *yo* —infantil— del paciente. Es esta identificación además, siguiendo lo postulado por Racker en 1959, la base del establecimiento de la necesaria contratransferencia positiva.

Se entiende que nos referimos a una identificación parcial, por la que los sentimientos experimentados por el terapeuta y consecutivos a dicha identificación están atenuados respecto de los del paciente; al mismo tiempo, el primero mantiene en funciones su *yo* observador, lo cual le permite informarse acerca del estado afectivo del paciente.

A todo esto la Dra. F. logra, como suele decirse, «ponerse en los zapatos» de su paciente. Ello hace posible tan particular tratamiento y, a la postre, el que arroje un resultado exitoso. Eudora Fletcher reconoce que al principio la movió un afán de

trascender, de obtener fama a través del caso, pero que más adelante comenzó a interesarse mucho por Leonard Zelig como persona. A la vez, es muy probable que desde el comienzo, en situaciones como la que nos toca revisar aquí, operen procesos identificatorios en el terapeuta vinculados con otros aspectos que, si son bien conocidos e instrumentados por éste, siendo capaz de vencer los temores a revivir sus propias situaciones traumáticas infantiles, habrán de contribuir tanto a la instauración de una relación terapéutica como a consolidarla y enriquecerla, llevando al tratamiento a buen puerto. (Es claro que el *happy end* de la película, concretamente la boda de la terapeuta con el paciente, no será necesariamente el final preferible para esta relación...) Me refiero a las identificaciones de la terapeuta que, al menos en parte, y de acuerdo con lo que el filme nos revela, se originarían en los propios aspectos carenciados de ella. En los comienzos «algo especial», dice Eudora (E.), le atrae en Z. Lo que le conmueve es su desvalimiento. («Quizá lo que más me conmueva es ver lo desamparado que está.»)

A estas alturas es menester introducimos en la historia de la terapeuta, lo que nos ayudará a comprender mejor su contratransferencia y sus identificaciones con el paciente. ¿Quién es en realidad la Dra. F.? Por lo visto, será lúcida y perspicazmente concebida por Allen como uno de esos seres acerca de los que también, al igual que su paciente, podemos presumir ha sufrido importantes carencias en su relación con la pareja parental. Su madre, más allá del corte satírico que posee el filme, es presentada como una mujer desafectivizada, que en medio del éxito de Eudora no experimenta satisfacción alguna, mostrándose muy fría en el reportaje que se le efectúa; como si estuviera «en otro mundo», dice el guión, lo que presupone una estructura narcisista, incapaz de haber libidinizado suficientemente a su hija. Esta mujer habla sin cariño maternal de la E. pequeña, describiéndola como una niña difícil. Del padre de E., depresivo y alcohólico, dice que era alguien con quien tampoco se había podido contar.

Creo que hay en Allen (por siempre analizando él mismo) una intención de desmitificar, a la vez que de humanizar, la figura tantas veces idealizada del analista, mostrándonos que la asimetría analista-analizando puede encerrar algunas sorpresas y ser en parte engañosa. («Eres inestable y nerviosa», llega a decirle el propio Z. a E.) Nos expone así una E. en el fondo vulnerable y, en cierto modo, alma gemela de Z.; como una criatura con sus propias miserias y para la que puede suponerse, a semejanza

de su singular paciente, una historia personal poblada de situaciones traumáticas.

E. buscó tal vez en su hermana el sustento afectivo que no hallaría en sus progenitores. Su hermana parece, además, haber representado su ideal. Como ella, E. quería ser aviadora y formar una familia.

Ambos entonces, paciente y terapeuta, habrían carecido de una madre «suficientemente buena» (Winnicott), aunque, claro está, la patología del primero alcanzaría una gravedad considerablemente mayor; quizá porque E. encontraría en su hermana a alguien cercano en quien refugiarse. Z., en cambio, no tuvo la misma suerte con la suya.

Cabe citar también la posibilidad de que en estas circunstancias se desarrollen identificaciones proyectivas masivas de parte del terapeuta hacia el paciente, convirtiéndose este último en depositario de los aspectos yoicos débiles y rechazados del terapeuta. Cuando ello ocurre, cuando hay mucho más del orden de la proyección que de la identificación (introyectiva), en lo que atañe a expulsar lo desagradable o angustiante de sí mismo «sobre» el paciente y en especial si ello no es percibido y se prolonga, en nada ayuda a la cura, pudiendo por el contrario comprometerla en grado sumo. No sería este el caso de E. Podríamos pensar en cambio que, al intentar comprender y curar a Z., E. intenta a la vez reelaborar sus propias carencias y conflictos, en su anhelo de restaurar lo dañado de sí misma. En íntima relación con todo el movimiento libidinal que tal actitud conlleva, E. desplegará dotes maternas para aparecer en la escena como el objeto primario de amor, cuya presencia y función resultan vitales para la salud física y mental de los humanos; la Dra. F. se erige, *necesariamente para Z.*, en un sustituto *materno*. En esta ocasión se trata de un *buen sustituto*, lo que, entre otras cosas, está dado por la cálida presencia, receptividad y continuidad que ella ofrece en el vínculo con su paciente, al que incluso habrá de alimentar... Winnicott (1963) habla, parafraseándose a sí mismo, de *un analista lo bastante «bueno»*, condición dependiente de la personalidad del analista y de su «[...] capacidad para identificarse con el paciente». Esta última equivaldría a la capacidad de la madre para identificarse con su hijo, y ha de propiciar la fusión con el analista (madre), que debe ir a su vez seguida de una posterior separación (Winnicott, 1971). Arnaldo Rascovsky (1981) que, dicho sea de paso, solía coincidir con Winnicott en varias cuestiones, no se cansaba de repetirnos en Buenos Aires que los analistas constituimos antes que nada subrogados *maternos*

—a menudo insuficientes— para nuestros pacientes. Considero que ello resulta mucho más claro aún con los enfermos de patología intermedia y —sobre todo— grave, como correspondería al caso de nuestro Z.

Quiero agregar que, según lo entiendo, la mencionada identificación parcial de la madre con el bebé y del analista (o terapeuta, como se prefiera para el caso) con su paciente coinciden con una regresión también parcial y operativa tanto de la madre como del analista, que precisamente hace posibles tales identificaciones, mientras son conservadas las funciones más maduras del yo. La identificación es entonces del yo infantil del analista con el yo infantil del paciente, y se acompaña de una disociación yoica del analista (Sterba, 1929; 1934), que le permite preservar su yo observador.³

¿Qué pasa en la cura? Pues que se espera la reedición de aspectos de la primitiva relación del niño con su madre a través de una transferencia temprana que reproduce dicha relación de objeto. Winnicott compara la conducta del analista y el marco clínico que éste brinda, con los cuidados de una madre con un niño o del padre en papel materno; el marco representa sobre todo a la madre y el paciente es un bebé, como consecuencia de la regresión, relacionada a su vez con el marco analítico.

Habrán quienes sostendrán que con la comprensión por parte del paciente de estos niveles de la problemática basta para lograr su mejoría, que sólo debemos aspirar a tal comprensión y que no se podrá —y/ o no se deberá— pretender que haya —ni siquiera espontáneamente— *algo más*; otros (yo entre ellos) tal vez se aventurarán a pensar en la posibilidad de que además se produzca algo nuevo y distinto dentro de la experiencia terapéutica, acaso nuevos «actos psíquicos» en el paciente, que no serían indiferentes en cuanto al destino de la cura.

Si partimos del modelo madre-niño, al que entiendo que la relación Dra. F.-Z. remite esencialmente y recurrimos una vez más a Winnicott para su conexión con la cuestión de las identificaciones, tenemos que: la madre realiza los cuidados básicos del bebé mediante una *identificación* con éste; funciona entonces como su yo auxiliar, frente a la indefensión del niño. Pero, a su vez, los cuidados maternos permitirán la *identificación primaria* del niño con ella (Winnicott, 1953). Enseguida analizaremos si algo propio de estos fenómenos del desarrollo temprano podría tener lugar durante la cura.

II.2. Las identificaciones del paciente (Zelig) con la terapeuta (Dra. Fletcher)

Entre los distintos fenómenos identificatorios que tienen lugar en el paciente en relación con el terapeuta y que he diferenciado en trabajos anteriores (Braier, 1990 a; 2002 a), me referiré sólo a aquellos que me interesa destacar en esta ocasión y que al mismo tiempo entiendo son los que se reflejan con mayor elocuencia en el filme.

II. 2. A. Identificaciones protésicas y de transferencia

Z. comienza teniendo identificaciones *imitativas* y *protésicas*, tanto con la Dra. F. como con los psiquiatras y psicoanalistas que toman contacto con él; se mimetiza con ellos. «Leonard *se identifica conmigo* y está convencido de que es médico» (las cursivas son mías), escribe la Dra. F. en su diario. Estas identificaciones, superficiales y fallidas, no se diferencian en esencia de cualquiera de las muchas que por el estilo —y jocosamente en la historia que cuenta la película— registra el protagonista. De ellas me he ocupado extensamente en la primera parte de este estudio sobre «Zelig» (Braier, 2003). Durante el tratamiento de Z. se pondrá en evidencia que tales identificaciones operan de un modo que concuerda con la concepción winnicottiana del *falso self* como una organización defensiva del *self verdadero*, al que encubren y protegen, erigiéndose también durante la terapia en una resistencia para llegar al «verdadero ser» de Z. Esta resistencia debe ser quebrada por la Dra. F., quien finalmente habrá de lograrlo, recurriendo a un artilugio: en una sesión, ella decide invertir los papeles y encarnar al paciente, que consulta a Z., quien se cree psicoanalista. El impacto emocional que en éste provoca hace que en ese instante se deshagan sus identificaciones protésicas con los psiquiatras y psicoanalistas y con la misma Dra. F. en tanto psicoanalista. Mientras Z. se creía psicoanalista resultaba difícil, claro está, que se situara en su rol de paciente y que entonces, además, pudiera emerger en algún momento el *self verdadero*. (Winnicott ha señalado en reiteradas ocasiones —véase, por ejemplo, 1960— que a causa de esta obstaculización al acceso al sí mismo verdadero, el individuo permanece inmaduro y fuera de contacto con la realidad, lo que trae como consecuencia un sentimiento de futilidad, vacuidad y desdicha que puede durar toda la existencia. A todo esto Z. es mencionado en el filme como «[...] un objeto de curiosidad sin vida propia» [W. Allen, 1983].)

En lo que respecta a estas identificaciones protésicas, considero debe producirse una *desidentificación terapéutica*, no tanto porque resulten defensivas sino porque son también *patógenas* (Braier, 1989; 1992). Así, cuando una de ellas prevalece y toma el comando psíquico de Z., determina conductas que podemos considerar como *actuaciones* y que lo llevan a vivir situaciones complicadas. Por ejemplo, en tanto falso médico, Z. extrae innecesariamente el apéndice de una persona. Y como éste, en circunstancias en que Z. es objeto de demandas por algunas irregularidades, se encuentran varios —y muy graciosos— ejemplos.

En la clínica psicoanalítica tenemos ocasión de observar este tipo de identificaciones obrando de la misma manera, especialmente en pacientes *borderline*.

Pero tales identificaciones son en sí mismas bastante endebles —esto es también típico del *borderline*, como ya ha sido mencionado (Braier, 2003)— y, por así decirlo, «se caen solas», aunque rápidamente son remplazadas por otras de la misma naturaleza. (No sucede así con las identificaciones alienantes de los psicóticos que tienen lugar con un objeto «enloquecedor», según la feliz expresión de García Badaracco [1986], las que poseen características diferentes, ya que son menos cambiantes. Estos enfermos suelen, por el contrario de los fronterizos, evidenciar una tenaz resistencia a abandonar sus identificaciones.)

Tal como lo concibo, los pacientes que Z. nos recuerda presentan un falso *self* hipertrofiado (caricaturescamente hipertrofiado en este caso), pero a la vez frágil, debido a la escasa o ninguna cohesión entre sus introyecciones e identificaciones.

La excepción de la inestabilidad característica de las identificaciones de Z. quizá sea la identificación con la Dra. F., que se va reforzando por la presencia estable de ésta junto a Z. (a quien luego la Dra. F. llevará incluso a vivir con ella en su casa de campo) y, por sobre todo, al servir a una particular forma de resistencia, que se opone a la profundización en la cura, profundización que es vivida como un peligro por Z. y que le despierta un gran monto de angustia. Esta identificación con la analista puede también ser considerada una identificación «de transferencia», del tipo de la identificación con el agresor y como tal funciona al servicio de las resistencias. (Véase Greenson, 1967 y Braier, 1990).

Pero volvamos a las identificaciones *protésicas*. A través de la sucesión ininterrumpida de éstas, que determinan las conductas bizarras o aun

disparatadas de Z., existiría asimismo, al tiempo que una barrera protectora que habrá que vencer, una tentativa de *relleno psíquico*, que defiende de la vivencia de vacío. Por ello, para superar esta barrera será necesario que la Dra. F. brinde garantías de un buen *holding*, sea capaz de contener y de sostener a Z. en su *regresión*. «Cójame, porque me caigo», dirá Z. en un instante acaso culminante del proceso terapéutico; en esa ocasión la Dra. F. ha logrado penetrar en el *self* verdadero, al quebrar momentáneamente la barrera interpuesta por el falso *self*:

Dra. F.: ¿Usted no es médico?

Z.: ¡No! ¿O sí lo soy?

Dra. F.: Entonces, quién es usted?

Z.: ¿Qué quiere decir con quién soy? No lo sé. Son preguntas que...

Dra. F. (interrumpiendo a Z.): ¡Leonard Zelig!

Z.: Sí, es cierto. ¿Y quién es él?

Dra. F.: Usted.

Z.: Pfff... No, yo no soy nadie...nadie... Cójame, porque me caigo.

La Dra. F. asiste a Z. y lo acompaña en la aventura regresiva de la terapia —regresión aquí muy facilitada y acentuada por el aislamiento en la casa de campo, la asiduidad de las sesiones y, desde luego, la hipnosis y el maternaje— para desentrañar los enigmas de las curiosas perturbaciones de su personalidad; se trata de un momento de un angustioso sentimiento de despersonalización («yo no soy nadie...nadie»), en que se exterioriza dramáticamente el severo trastorno en la identidad, con oscilaciones en la asunción del verdadero ser, intentando Z. una y otra vez asirse a la identificación protésica, ante la amenaza de —siguiendo a Winnicott (1963?)— *derrumbe psíquico*; amenaza de *aniquilamiento*, acaso, según Freud [1919], que podría ser comprendida también en relación con el hecho de tomar Z. contacto con lo que, a mi entender y desde otra perspectiva, Balint [1979] llamaría *la falta básica*.

Asimismo, al ir animándose a exteriorizar su verdadero ser, Z. podrá ulteriormente oponerse a las opiniones de E., al tiempo que insinúa la posibilidad de discriminación yo-no yo. Esto debiera darse en un proceso progresivo que ha estado precedido de un período de indiscriminación, a la manera de la simbiosis materno-filial, período coincidente con una identificación con la analista-madre (de esta identificación hablaré después).

El narrador, aludiendo a Z., dirá en el epílogo de la película: «A fin de cuentas, lo que cambió su vida

no fue la aprobación de los demás, sino el amor de una mujer». Podemos decir que, en cierto sentido, esta analista-madre le dio el *ser*... ayudando a que aflore el verdadero Z. niño, latente en él y que, como sostiene Winnicott, cobra vida desde la fuerza de la madre basada en la propia capacidad de identificación de ésta con el hijo.

Nada más lejos de mí que pronunciarme por una sencilla y almibarada concepción de la cura. Una cosa es un filme, en el que todo es posible, con *happy end*, que incluye boda del paciente con la terapeuta, y otra muy distinta suele ser la realidad de la experiencia terapéutica. Bien sé que no basta con el amor —sublimado— del terapeuta, y que el buen manejo técnico resulta de importancia fundamental. Pero ese amor, claro está, es una condición *sine qua non* a la hora de pretender alcanzar buenos resultados terapéuticos.

Transcurridos más de veinte años de haber analizado, con buenos resultados, a una paciente *borderline* con severos trastornos, aún recibo sus agradecidos saludos en ocasión de las fechas tradicionales. La más reciente correspondencia que me envió tiene el siguiente, significativo encabezamiento: «A mi analista *del alma y de alma*». (Las cursivas son mías). Esto es, de la mente y ... de corazón (sentimientos cariñosos).

Retornemos a Winnicott. Desde éste, cabe reiterarlo, se trata de que el paciente se conecte con el *self* verdadero en el tratamiento con la ayuda del analista y a través del proceso de regresión; que rescate su propia identidad con el resurgimiento del *self* verdadero.

En el filme que se rueda dentro del filme, a la actriz que representa a la Dra. F. se le hace decir: «Detrás del vacío de esa mirada de buey... hay un ser humano real a quien haré resurgir», y que podríamos traducir del siguiente modo: «Detrás del falso *self* hipertrofiado hay un *self* verdadero que haré resurgir». Hecha la salvedad de la exaltación megalómana y satírica que aquí luce la heroína protagonista, que parece presa del *furor curandis*, la frase podría corresponder fielmente a una declaración de propósitos digna del proceso analítico winnicottiano. Una vez más citaré a Winnicott (1960) cuando expresa, acerca de una paciente:

«[...] ha llegado, después de un largo análisis, *al comienzo de su vida*. Esa señora carece de experiencia y de pasado. Empieza la vida con cincuenta años desperdiciados, pero al menos se siente real y, por consiguiente, desea vivir.» (Las cursivas son del autor)

Hasta aquí Winnicott.

II. 2. B. Una identificación terapéutica

La sesión cuyo fragmento he reproducido páginas atrás refleja la acción desidentificatoria de la terapia, acción sobre la cual, no obstante, no recae como en otros cuadros (neurosis, caracteropatías, perversiones, etc.) el mayor peso de los esfuerzos terapéuticos. Es que, paralelamente a dicha acción, entiendo que es imperioso *ayudar al paciente a construir y/o afianzar el self* verdadero (correspondiente en parte al yo de la segunda tópica freudiana), que en el proceso analítico winnicottiano se trata de permitir que emerja. Desde una perspectiva algo distinta, aunque no necesariamente reñida con la de Winnicott, diré que en mi criterio la cuestión consiste más en contribuir a «armar» un yo (cómo hacerlo es algo que merece discutirse y a ello me referiré poco más adelante) que en ocuparnos de corregir lo que Freud (1937) llamó «la alteración del yo». Nos encontramos con esto último —necesidad de corrección de la alteración del yo— en el análisis de pacientes neuróticos, a los que aludía esencialmente el creador del psicoanálisis y en los que la «alteración del yo» testimonia la presencia de un conflicto psíquico. En cambio, en estos pacientes no neuróticos, encuentro más una relación con lo que Balint (1979) señala a propósito de *la falta básica*: en los niveles donde reside la principal causa de las perturbaciones, según este autor, no hay conflictos sino *faltas*.

Para algunos analistas la labor terapéutica llegaría sólo hasta la posibilidad de *representación psíquica del vacío* que en consecuencia experimenta el paciente. Acabamos de ver también cuáles son los objetivos terapéuticos en un proceso psicoanalítico desde el punto de vista de Winnicott. Así planteadas las cosas acerca de las metas terapéuticas vistas desde una conceptualización teórica, para formular mis propias reflexiones sobre este tema debo empezar refiriéndome al vacío en sí, vacío que a mi entender se debe al déficit identificatorio.

A propósito, entonces, de este vacío identificatorio: en realidad consistiría en un déficit en identificaciones estructurales *normogénicas*, como diría García Badaracco (1986); lo que quiero significar es que quizá no se trate, en rigor, de un vacío identificatorio absoluto, por cuanto en estos casos existirían al mismo tiempo identificaciones *patógenas* provenientes de relaciones con objetos parentales hostiles (asimismo, cabe aquí traer a colación que desde la teorización kleiniana y también la bioniana, la falta de objetos buenos no significa una ausencia, sino presencia de objetos persecutorios). Asocio tales identificaciones

patógenas con las *identificaciones primarias tanáticas* tal como fueron descritas por H. Mayer (1982) y a las que me he referido en un trabajo reciente (Braier, 2002). Ante ellas, dada su influencia deletérea sobre el sujeto, será también necesario apelar a la *acción desidentificatoria del psicoanálisis* (Braier, 1989; 1992; 2002).

Pero retomemos el problema que gira en torno al déficit de identificaciones normogénicas. Enseguida se nos impone una pregunta: ¿puede la terapia de estos pacientes constituir una *segunda oportunidad* para la construcción de su estructura mental?

Personalmente, creo que el terapeuta debe ayudar a que el paciente dé un paso más, a que haya «un nuevo acto psíquico» (Freud, 1914) que conduzca a una cierta *estructuración identificatoria* (siguiendo el concepto, preconizado por Freud, luego enfatizado también por M. Klein y continuado por muchos otros analistas, por el cual un sujeto se desarrolla y organiza psíquicamente sobre la base de identificaciones). De lo que se trata aquí es de la *construcción del psiquismo*. Acorde con lo que en una ocasión he descrito (Braier, 1990), el proceso de *reestructuración* (o simplemente *estructuración*, como se prefiera en un caso como este), que sigue a —o se superpone con— la *desidentificación terapéutica* (Braier, 1989; 1992), sería posible por medio de dos vías: 1) la apelación por parte del paciente a identificaciones *sumergidas*, a causa del predominio hasta entonces de las identificaciones *patógenas*, y/o 2) el desarrollo de *nuevas identificaciones* en el yo y en el superyó.

1) Si un paciente cuenta con reservas yoicas identificatorias se podrá aspirar a que logre reinvestir identificaciones preexistentes, que pueden corresponder a su estructura narcisista (identificaciones primarias) o a la edípica (identificaciones secundarias), lo que le dará mayores probabilidades de una cierta reestructuración identificatoria. Pero en los cuadros más severos (psicosis, cuadros limítrofes) justamente suele haber pocas probabilidades de que la reestructuración pueda darse en grado satisfactorio por esta vía; en tales casos la patología consiste, precisamente, en una insuficiencia del patrimonio identificatorio.

¿Qué sucede con Z. en lo que a esto respecta? Al decir de la Dra. F., Z. es «divertido y enérgico»; ello hablaría de la existencia de ciertas reservas yoicas en él. Cuando habría comenzado a aparecer su verdadero *self* surgen también en Z. pensamientos, vivencias, expresiones espontáneas y conductas que en un analizando podrían corresponder, al menos parcialmente, a una activación de identificaciones

hasta entonces sumergidas. Acaso sea una expresión de esto último que nuestro héroe diga en un momento dado, en plenas vías de curación: «Soy demócrata. Yo... yo *siempre* lo he sido» (las cursivas son mías). Si bien cabe aclarar que esta sería una identificación tardía y aquí las que nos interesan especialmente son las tempranas, que configuran los cimientos identificatorios de la estructura psíquica, la presencia de tal identificación en un paciente no dejaría de ser un indicio de probabilidad de la existencia de recursos identificatorios en estratos más profundos.

Esta sería, claro, una postura moderadamente optimista en un caso como el de Z.

2) En cuanto a tomar en cuenta la alternativa de *nuevas identificaciones* y su mayor o menor relevancia en el proceso de reorganización estructural del paciente (tema interesante y, sin duda, altamente polémico a poco que nos lo planteemos): ello nos conduce, si estamos dispuestos a no eludir cuestiones particularmente incómodas para los analistas, a barajar la posibilidad de que el paciente, *además de los objetos significativos de su entorno y de su mundo de fantasía*, escoja al *terapeuta* mismo como uno de esos nuevos objetos de identificación. Que se identifique con los primeros no supone *a priori* problema alguno para nosotros. No así que lo haga con el terapeuta...

Al ir reorganizándose psíquicamente, Z. se identifica con su terapeuta. La identificación, en algunas de sus formas, es un fenómeno posible, frecuente y, cuando se da, básicamente inevitable en el seno de una relación de objeto (aunque también es cierto que no siempre toda relación objetal ha de dar como resultado una identificación). Pero para comprender mejor por qué y cómo sucede en Z. podemos partir de un hecho que es clave: la terapeuta en tanto *objeto de la transferencia*; dicha transferencia, a raíz de la regresión patológica de Z., remite a estadios muy primarios del desarrollo psíquico. A ello debemos agregar el *desamparo* que sufre nuestro paciente, quien finalmente parece contar *sólo* con su terapeuta como aliada y protectora. (¿No es esta una patética realidad en más de un caso, en nuestra práctica terapéutica con pacientes graves?) Z. se las venía arreglando solo y como podía en su lucha para adaptarse a la vida, hasta que se encuentra con la Dra. F., quien aparece como la única persona dispuesta a brindarle una ayuda sincera. La Dra. F., por su parte, experimentará sentimientos omnipotentes de que ella —y sólo ella— podrá salvarlo, quizás únicamente comparables con los que desarrolla una

madre respecto de su hijo, sentimientos que Searles (1961) reconoció en la contratransferencia con pacientes psicóticos como una vicisitud corriente y que habrán de ser elaborados por el terapeuta. El hecho es que en los encuentros y experiencias terapéuticas con este tipo de pacientes parecen darse a menudo estas especiales condiciones (las sesiones «[...] fomentaban una relación personal muy fuerte entre el médico y el paciente», se señala en el filme), las que facilitarían la producción de tales identificaciones del paciente con el terapeuta, a la manera de las del niño con su madre.

Se daría, pues, aquí, algo próximo a una experiencia identificatoria quizás anteriormente fallida en aquellos tempranos y decisivos estadios del desarrollo psíquico, y/o que acaso habría padecido una disolución por imperio de un proceso psicotizante (Freud, 1911 [1910]). La instauración de estas nuevas identificaciones no forma normalmente parte de un *proyecto terapéutico*, pero, de producirse se produce (al menos así lo creo) en cierto grado, espontánea e inevitablemente, aunque el terapeuta no lo desee ni mucho menos lo busque; vale decir, se genera sin que medie inducción alguna por parte del terapeuta, quien simplemente se ofrece a un vínculo. Pero es entonces cuando el paciente (*este* tipo de paciente, grave, con severas deficiencias en la matriz identificatoria) parece querer «apropiarse» del objeto-terapeuta para identificarse con él. (Así como un psicótico puede llegar a crear imaginariamente un objeto, a alucinarlo para remediar los déficits que padece en relación con el objeto primario).

En mi opinión el factor visual, como lo señala A. Rascovsky (1973) en el caso de las identificaciones estructurantes con las figuras parentales, juega un papel importante en el mecanismo de producción de esta identificación con el terapeuta, favorecido porque a menudo con estos pacientes se trabaja cara a cara y ellos pueden por tanto vernos.

En tales circunstancias, la relación terapéutica remeda la del niño con una madre «suficientemente buena» (Winnicott), relación que antes, durante el desarrollo temprano del sujeto, no habría sido posible. (Cabe pensar además en la intervención a veces de una carga constitucional excesiva de pulsión de muerte en el niño que hubiera dificultado el normal proceso identificatorio.)

La identificación con el objeto-terapeuta «suficientemente bueno» sería en consecuencia vicariante, una precaria representación y sustitución de aquella identificación que debió haberse producido en la infancia temprana. Pero al mismo

tiempo ello no impide pensar que esta identificación pueda tener algún *efecto benéfico y no necesariamente dañino*, esto es, *de carácter terapéutico* en más de una ocasión. Siguiendo esta línea, preguntarnos por ejemplo qué *alcance estructurante* tendría la nueva identificación con el terapeuta es algo que podría dar cabida a una amplia discusión. Es claro, seremos siempre para el sujeto apenas subrogados pobres de una madre nutricia, y de haber existido una falla en esta última, me temo que no podrá ser contrarrestada suficientemente por objeto alguno, a través de una nueva experiencia. ¿Cómo compensar lo bastante el déficit en presencia, receptividad y continuidad maternas, la falta de las numerosas y sucesivas experiencias que traen aparejadas la introyección del objeto materno y su posterior identificación con éste? Por otra parte, lanzo la pregunta: ¿puede ello ser un propósito y una tarea que competan al terapeuta?. Lo más probable es que *a priori* convengamos que nuestra labor no apunta precisamente a eso; y aunque nos lo propusiéramos, un tal cometido resultaría sumamente difícil de lograr, dado que este intento se daría fuera de las etapas en que los fenómenos en cuestión debieran de producirse... Las condiciones en las que debían haberse desarrollado las primeras identificaciones han cambiado (pensemos sobre todo en el amamantamiento, que implica una apoyatura somática importante para la introyección del pecho, en la que cuenta, además del contacto con el pecho y la incorporación del alimento, el olor de la madre, el calor, su voz, mirada, sonrisa, etc.). Las identificaciones que ahora se generaran no podrían, en rigor, equipararse a las primeras o primarias en su carácter fundante y estructurante del aparato psíquico.

Por otra parte y para colmo de males, las diversas alteraciones del funcionamiento mental del paciente pueden además continuar haciendo muy difíciles las sanas relaciones, introyecciones e identificaciones con los objetos. Estoy persuadido de ello.⁴

Pero a la vez cabe admitir la posibilidad que haya vínculos, aun tardíos —como el que se establece entre paciente y analista— y condiciones favorecedoras de cambios, que permitan ciertos desarrollos, pese a, por ejemplo, la existencia de traumas tempranos. Además, no es menos cierto que desde nuestra formación psicoanalítica estamos muy acostumbrados, como señala I. Berenstein (1998), a reconocer en el seno de la transferencia solamente los fenómenos de *repetición*, y en cambio muy poco habituados a concebir la *diferencia*, el hecho nuevo. Me apoyo aquí en estas consideraciones de

Berenstein —aunque no he de seguirlo al pie de la letra en sus desarrollos— para señalar que en este caso, a la reproducción de la relación objetal primitiva en el seno de la relación analítica (*transferencia temprana* de Winnicott), se sumaría lo nuevo (*neogénesis*), lo inédito — y propio de la experiencia terapéutica— en la vida psíquica del paciente. Esperemos que, siguiendo a Berenstein (2001), el sustentar una construcción teórica —la repetición en la transferencia— no nos impida ver lo que hay de novedad en cada situación y no nos lleve a subestimar el potencial de cambio que encierran el vínculo intersubjetivo —en el sentido que le da este autor— y la transferencia.

Quizá todo esto guarde además cierta relación con el concepto de *resiliencia*, que no es psicoanalítico, pero que ha despertado el interés de algunos psicoanalistas en los últimos tiempos (Melillo, 2001). Para nosotros, psicoanalistas, implica que el trauma no sea necesariamente el destino en todos los casos. Entendida la *resiliencia* como la capacidad de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad (Grotberg, 1995; Luthar y otros, 2000), es un concepto en el que convergen la pediatría, el psicoanálisis y la salud pública. Hay muchas figuras célebres a lo largo de la historia (Rigoberta Menchú, Ana Frank, Piaget, son sólo algunas de ellas) que constituyen un claro ejemplo de lo que se ha dado en llamar resiliencia. Ésta ha sido asimismo descripta en relación con la observación de niños con *traumas psíquicos* (que padecieron todo tipo de penurias, como pobreza, marginación, maltratos, etc.) pero en cuya historia se encontraba *algún adulto significativo que los amó incondicionalmente*, competente y emocionalmente estable. ¿Digo yo, podría equipararse la experiencia del analizando grave a la de un niño traumatizado que encuentra en el analista a un objeto significativo? Creo que podemos aventurar una respuesta afirmativa. Y entonces, ¿qué cosas suceden en ese encuentro?

Estoy llevando agua para mi molino, ya lo sé, porque entre los diversos mecanismos que integran la dinámica propia de la relación entre este tipo de analizando y el analista y que propenden a un cambio favorable en el primero, distingo y hago referencia a una peculiar identificación de éste con el analista..

En analizando y analista, ¿será posible la *esperanza*?. Porque, tal como lo señalara R. Zukerfeld (2004) hace muy poco, si el analista cree que los fenómenos de resiliencia existen, ello dará lugar en él a la esperanza, que condicionará su

actitud en el tratamiento, la cual a su vez incidirá positivamente, como es de esperar, sobre el paciente.

Acaso *algo* de este poco estudiado fenómeno identificatorio del paciente con el terapeuta, que tendría lugar en la intimidad regresiva de este tipo de tratamientos y de pacientes, no sólo haya sucedido sino también tenido que ver con la mejoría en ciertas experiencias terapéuticas de enfermos con patología grave (incluida la psicosis), emprendidas por distintos investigadores a lo largo de la historia del movimiento psicoanalítico y que han trascendido. Así, en el conocido artículo de H. Deutsch escrito en 1942 y que hoy vinculamos con los pacientes *borderline*, su autora llega a decir:

«Si bien el psicoanálisis rara vez tiene éxito en tales casos, los resultados prácticos del tratamiento pueden ser muy notables, sobre todo si se utiliza *una fuerte identificación con el analista como influencia activa y constructiva*» (Las cursivas son mías).

Empero, no podrían considerarse curados a la mayoría de tales pacientes. Es que en modo alguno digo que esta sea *la* solución terapéutica. Simplemente me interesa postular que esta identificación constituiría un fenómeno dable de producirse, suposición que se apoya en hechos en cierta medida observables que vengo advirtiendo y que han despertado mi interés, que se presentan acompañando al proceso terapéutico y cuya existencia por ende no debería ser soslayada, pudiendo tener un efecto beneficioso sobre el paciente, aunque su lugar y participación en la cura nos despierten aún numerosas reservas.

Las reservas en cuestión saltan rápidamente a la luz si pensamos, por ejemplo, en el objeto-analista cuando encarna al yo ideal o al ideal del yo del paciente y los consiguientes peligros derivados de ello, entre los que se cuentan la *adicción* transferencial y la identificación con ese objeto analista-ideal del yo. (Sin embargo, esto puede también corresponder a una fase, por otra parte insoslayable, del proceso terapéutico, y susceptible de ser elaborada por el paciente).

De no tener una acción estructurante, tal vez haya al menos que reconocer a las citadas identificaciones algún efecto *organizador* en el psiquismo del paciente, en la configuración yoica y superyoica y en una cierta cohesión de tales instancias que a veces estos enfermos llegan a alcanzar por medio del tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico.

Estas suposiciones mías son tributarias de los desarrollos kleinianos (que en mi criterio guardan

cierta continuidad y coherencia con las teorías freudianas de las que se originan, funcionando la introyección y la identificación como conceptos-puente entre las dos líneas teóricas, por lo que me permito, con las salvedades del caso, articular en mi esquema referencial estos desarrollos). Me refiero a lo que M. Klein señala precisamente acerca del objeto bueno internalizado que formará el núcleo del yo y le dará estabilidad y mayor cohesión, oponiéndose a la fragmentación y la dispersión de objetos. (M. Klein, 1946, 1952, 1957 a). Dice, por ejemplo (Klein, 1957a):

«El objeto internalizado bueno forma el núcleo del yo, alrededor del cual éste se expande y desarrolla. Cuando el yo es asistido por el objeto bueno internalizado, se encuentra más capacitado para dominar la ansiedad y preservar la vida, ligando con libido algunas partes del instinto de muerte que opera dentro de sí».

Y poco más adelante añade, a propósito del yo, que está «[...] *sostenido* por el objeto bueno internalizado y *fortalecido* con la *identificación* con éste [...]» (las cursivas son mías).

Si en el paciente pueden, por obra del proceso terapéutico, potenciarse las identificaciones preexistentes y ahora disponibles, cabría plantear la hipótesis que las identificaciones con el analista a las que nos estamos refiriendo colaboraran asimismo en tal potenciación; al menos, y a diferencia de las identificaciones patógenas (entre las que se hallan las tanáticas) no interferirían en el afloramiento y consolidación de las reservas identificatorias.

Estas peculiares identificaciones con el analista dan, por otro lado, apariencia de más consistentes, estables y perdurables que las identificaciones miméticas o seudoidentificaciones a las que suelen echar mano estos enfermos para compensar sus carencias identificatorias.

Se asemejan a las primarias o primitivas —que en estos casos no alcanzaron a configurar una matriz identificatoria sólida en el sujeto— por la forma espontánea, automática y directa en que se producen.

En realidad, es principalmente a este tipo de identificaciones del paciente con su analista que quería yo llegar a referirme en el presente estudio de las identificaciones a descubrir y describir dentro del filme que estamos analizando.

En definitiva, ellas se harían presentes en la marcha hacia la mejoría terapéutica, mejoría acerca de cuyos mecanismos íntimos debemos continuar interrogándonos.

A todo esto, Z. ha experimentado finalmente una notable mejoría: se siente bien, parece haber conseguido una cierta organización psíquica, asumir lo que sería su verdadera identidad y haber podido desarrollar también cierta capacidad de amar y aun de cuidar al objeto, la propia Dra. F. Ahora bien, todo esto sucede en momentos que se produce en él una nueva identificación con su terapeuta, identificación, a mi entender, *cualitativamente distinta* de las anteriores con el objeto-terapeuta, que generaban una conducta bizarra (llevándole, por ejemplo, a afirmar que discutió con Freud sobre psicoanálisis, que escribía sobre la paranoia o que estaba dando un seminario sobre masturbación, etc.). Z. puede decirle a Eudora Fletcher que la ama, que desea acostarse con ella; y muy especialmente, *que quiere cuidarla*. En este punto podría inferirse que, en efecto, se ha producido una identificación de una categoría diferente, que parecería insertarse ahora en el *yo* y fortalecerlo, promoviendo estas actitudes; se trata de una identificación con la función materna de la terapeuta, que daría lugar a un impulso genuino de cuidarla; siendo bien cuidado («[...] ella le manifiesta cariño, ternura y una absoluta dedicación» [Allen, 1983]), Z. se identifica con esta función, y quiere a su vez cuidar de E. Deducimos, pues, que la nueva identificación que se ha generado es esta vez con la «buena» madre-analista.⁵

Nuevamente uno no puede dejar de interrogarse, esta vez en torno a nuestro imaginario paciente: ¿tendrá esta nueva identificación un carácter más estable, estructurante u organizador, en tanto se asemeja a aquellas primarias o primitivas identificaciones del niño? ¿Qué relación guardará con la identificación primaria según Freud (1921; 1923), con la introyección del objeto bueno (pecho bueno) que formará el núcleo del *yo*, tal como propuso M. Klein (1946; 1952; 1957a), o con la identificación que describe Winnicott (1963a)? Lo cierto es que al menos en *Zelig* su protagonista aprenderá a cuidarse y podrá también cuidar de E. El punto culminante de ello estará dado sobre el final del filme, en el que salvarán sus vidas al lograr Z. identificarse con E. en pleno vuelo como piloto de avión (pensemos en algo más que en una inconsistente identificación mimética), pudiendo conducir exitosamente —todo un símbolo— el aparato, por lo que ambos saldrán airosos de su odisea, con Z. convertido por fin en un verdadero héroe.

En suma: *Z. se habría también alimentado psíquicamente de su terapeuta y robustecido al incorporarla e identificarse con ella.*

En pacientes con este grado de patología podemos pensar que, dentro de las distintas variedades de

identificaciones con el terapeuta que es dable diferenciar (Braier, 1990a), operaría terapéuticamente *primero* una identificación del tipo aquí considerado, adscripta al *yo* y/o al superyó (en este último caso en carácter de superyó protector). Entiendo que sería preferentemente sólo *después* que el paciente alcanzara un cierto grado de organización y consolidación de su *yo* y su superyó, que cabría recién entonces suponer se pudieran producir *otras formas de identificación* con el terapeuta, consecutivas a mecanismos terapéuticos menos directos y más sofisticados, como el que se desarrollaría con el empleo de interpretaciones *mutativas* (Strachey, 1934); si las interpretaciones pueden ser captadas como tales, esto es, en su contenido verbal, rectificando el paciente sus proyecciones e introyecciones que tienen lugar con objetos hostiles y rompiendo el círculo vicioso patológico, tiendo a pensar que la acción terapéutica deviene también en introyección de un objeto-terapeuta «bueno» (benevolente) y posterior identificación con éste en el superyó y en el *yo*. Pero no podré aquí extenderme acerca de este tipo de identificaciones, a las cuales me he referido sucintamente en otras oportunidades (véase, por ejemplo, Braier, 1990a) y sobre las que volveré de un modo más exhaustivo en otro artículo (Braier, 2004). Al menos he de decir que esta concepción de dos tipos distintos de procesos identificatorios con el terapeuta —y de efectos terapéuticos— que estoy describiendo, se asocia de inmediato con la descripción freudiana de identificaciones primarias y secundarias, respectivamente, produciéndose la *identificación con el objeto-analista «bueno» real y final* (Braier, 1990a; 2004) ya sobre una cierta base identificatoria y tras la elaboración de la enfermedad transferencial.

En enfermos en los que las alteraciones básicas de su estructura psíquica remiten a niveles muy primitivos, aun anteriores a la inscripción de la palabra, como secuencias de un proceso terapéutico cabe, idealmente, considerar primero la necesidad de ayudarlos a lograr una cierta organización psíquica, para que a continuación estemos en condiciones más apropiadas de encarar sus aspectos neuróticos, a la manera de los tratamientos psicoanalíticos corrientes con los pacientes que padecen neurosis.

Es en dichos casos en los que, al menos por lo que concierne a estas primeras y esenciales etapas del proceso terapéutico, tenemos la impresión que las interpretaciones como tales no inciden aún de manera significativa sobre el paciente, y que en cambio están gravitando otros mecanismos, dependientes de la relación con el terapeuta. Aquí es oportuno retornar a

los conceptos de Balint (1979), junto al cual podemos pensar que ello se halla relacionado con una regresión del paciente a niveles preverbales. La elaboración a la que se refirió Freud (1914a) es posible en los pacientes que están capacitados para incorporar las interpretaciones como tales, lo que no ocurriría en los estados regresivos al nivel preverbal. Yo añadiría que en estas circunstancias las interpretaciones, por encima de su contenido específico, obran en los casos favorables antes que nada como una forma más de suministro afectivo (en especial, y en el plano oral, como alimento). Este es el nivel que Balint (1979) llama el de la *falta básica*, al que caracteriza, entre otras cosas, por consistir precisamente en una falta y no en un conflicto o complejo, pertenecer a una relación de *dos personas* y por el hecho de que en él «[...] las palabras no tienen una significación convencional reconocida». La falta se origina, continúa Balint, en «[...] una [...] discrepancia [...] entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados [...] que se le brindaron»; discrepancia que, sigue diciendo este autor, «[...] crea un estado de deficiencia cuyos efectos posteriores *parecen sólo parcialmente reparables*. (Las cursivas son mías.) También nos dice Balint que le llama *falta* porque esta suele ser la palabra que con frecuencia emplea el paciente mismo. «El paciente dice que le falta algo en su interior, una falta que debe ser reparada.» Yo no puedo menos que relacionar esto, una vez más, con la *vivencia de vacío* que refieren los pacientes y que han tratado distintos autores; vacío que, como ya he dicho antes y al menos parcialmente, puede ser en mi criterio entendido como de introyecciones e identificaciones *saludables* (Braier, 1989; 1992) —las que García Badaracco llama *normogénicas*—, siendo por tanto un vacío relativo, ya que existirían en cambio identificaciones primarias *tanáticas* (Mayer, 1982; Braier, 2002). Se trata en suma de un vacío que implica una deficiencia en la estructura de personalidad y en la identidad, consecutiva a graves perturbaciones en los primeros estadios del desarrollo y proveniente, en lo esencial, de la relación del niño con su madre. Vacío de madre, pues.

Aquí no acaba la cuestión. Balint (1979) escribe además:

«[...] los pacientes tienen la sensación de que la causa de esa falta está en que *alguien les falló o los descuidó*; [...] una gran ansiedad invariablemente alienta en este nivel, ansiedad habitualmente expresada como una desesperada demanda de que esta vez *el analista no habrá de fallarles, es más, no debe fallarles*.» (Las cursivas son mías.)

Considero que, efectivamente, esto es lo que sucede en el tratamiento; a punto de partida de tal situación es que, desde la perspectiva de las identificaciones, creo posible explicar lo que sobrevendría después: tras la búsqueda del paciente de objetos e identificaciones que son básicos y —aunque más no fuera, mínimamente— organizadores de su aparato psíquico, surgen la introyección del analista-madre y la ulterior identificación con este objeto como fenómenos espontáneos e inevitables, remedando aquellos procesos en su momento *fallidos* (calificativo que vengo utilizando y que sin duda puede remitirnos tanto al concepto de *falla* como al de *falta* balintianos).

En definitiva: se trata de identificaciones a cuyos eventuales efectos terapéuticos sobre el paciente daremos mayor o menor importancia pero que, insisto una vez más, se producirían con cierta facilidad y frecuencia y señalan tanto las carencias del sujeto como tal vez uno de los caminos para alcanzar la mejoría. Personalmente no me convence la idea de que hayan de ser invariablemente nocivas o, en el mejor de los casos, superfluas.

Pero, a decir verdad y hasta donde yo sé, de tales identificaciones con el analista no hablaron ni Balint ni Winnicott, quienes, entre otros destacados investigadores, tanto y tan bien se acercaron a la intimidad de los procesos terapéuticos con pacientes no neuróticos.

III. Las metas terapéuticas

Balint (1979), por el contrario de lo que aquí propongo, menciona como finalidad de estos tratamientos que el paciente pueda «[...] encontrarse a sí mismo, aceptarse y continuar consigo mismo sabiendo de continuo que *en él hay una cicatriz, su falta básica, que no puede eliminarse mediante el análisis*» (las cursivas son mías); además, señala, y en esto coincido plenamente, «[...] debe permitírsele que él mismo descubra su camino al mundo de los objetos [...] y no mostrarle el camino conveniente [...]». Más bien subraya la necesidad en el paciente de abandonar una imagen narcisista ideal de sí mismo que pudo haberse originado como compensación de la falta básica (1952). Esto último, a mi modo de ver, podemos concebirlo en términos de una desidentificación necesaria respecto de una identificación sobreinvertida con un objeto-yo ideal. Dice Balint (1979) que el paciente deberá realizar un proceso de *duelo* por esta imagen narcisista.

De modo que este autor preconiza como meta la asunción de la falta básica. También hemos recordado páginas atrás la posición de Winnicott en cuanto a los objetivos terapéuticos. Por mi parte, y como una alternativa diferente, me he permitido postular la eventual perspectiva de una cierta reestructuración y desarrollo yoicos en base a identificaciones antes sumergidas y/o nuevas identificaciones con distintos objetos, provenientes sobre todo del medio familiar y social del paciente, pero entre los que se cuenta además el analista.

Dentro de este importante punto de la metapsicología de la cura que es el de las metas teóricas del proceso terapéutico y de acuerdo con mi enfoque personal, no quiero dejar de mencionar otra posición, intermedia diríamos, aunque sea sucintamente. Ha sido propuesta por García Badaracco y consiste en la concepción de un crecimiento yoico en base a fenómenos originados en experiencias posibilitadas por la regresión y el *holding*, fenómenos *diferentes de los procesos identificatorios* y que acaso sean fortalecedores y reaseguradores del yo (García Badaracco, 1986). Pero, siguiendo a este autor, para que estas experiencias tengan lugar será preciso que antes haya una acción desidentificatoria eficaz que dé cuenta de las identificaciones *alienantes*, las cuales, invadiendo el yo, dificultan el desarrollo espontáneo de tales experiencias por parte de los «precursores» del yo propiamente dicho (García Badaracco, 1986). Esta última variante me recuerda asimismo el modelo winnicottiano de resurgimiento del ser verdadero, con el que acaso podría tener algunos puntos de contacto.

IV. Consideraciones finales

Como corolario de este estudio, me interesa destacar especialmente los fenómenos identificatorios con el terapeuta en tanto objeto nuevo a ser introyectado, y que hemos tratado aquí con cierto detenimiento. Pienso que este debe seguir constituyendo un tema de investigación en metapsicología de la cura, postura, soy consciente de ello, que podrá fácilmente ser blanco de críticas; sin embargo, tengo la impresión que, aun aquellos que bajo ciertos prejuicios eluden considerar la problemática que gira en torno a la producción de estas identificaciones del paciente con el analista, se encuentran, llegados a un cierto punto de la exploración del proceso terapéutico, en una situación por la cual deben enfrentarse inexorablemente con el fenómeno identificatorio.

Creo que las identificaciones con el terapeuta que aquí estudiamos merecen ser llamadas *terapéuticas* por sus probables efectos. Deben diferenciarse ante todo de la burda identificación *pigmaliónica* con el analista (Braier, 1990a), en la que el mismo, habiéndose erigido en ideal del yo o aun en yo ideal del paciente, induce a este último a una identificación con él. Esto es ya patología de la relación, narcisismo patológico del terapeuta; creo que lo que en cambio he descrito aquí obedece a fenómenos identificatorios de características distintas, entre las que cuentan, repito una vez más, su producción sin que haya una inducción deliberada de parte del terapeuta y el hecho de remitir a un proceso básico de constitución, desarrollo y organización del psiquismo que fue deficitario en la evolución del paciente —frecuentemente por un déficit ambiental, sobre todo materno—, proceso al que, como quedó dicho, remeda en parte, pero de cuya validez o legitimidad por un lado y de su eficacia por el otro podremos todavía dudar. Pero lo que debería quedar claro es que no estaríamos en presencia de una identificación inducida ni mucho menos invasora, sino de un fenómeno de distinta naturaleza, motorizado desde la necesidad del enfermo por cumplir una etapa básica del crecimiento psíquico y de intentar así remediar —aquí parafraseo a Balint— una *falta o falla básica*, que la regresión en el seno de la transferencia suele a veces poner dramáticamente en evidencia. El analista resulta ser entonces, lejos de mero espectador, un co-protagonista, aun involuntario, en esta búsqueda angustiada e imperiosa del objeto por parte del enfermo y en este proceso de introyección e identificación para *ser y crecer*, que tiene todo que ver con su anhelo de fusión con el objeto y que se pone de manifiesto durante el tratamiento. (Tendencia a la simbiosis terapéutica, tal como ha sido descrita por Searles, 1961.)

En lo que atañe a los efectos terapéuticos de estas identificaciones, cabe pensar en cierta contribución trófica a la formación de una matriz identificatoria, configuración y fortalecimiento del endeble yo del paciente.

El objeto-terapeuta ahora introyectado acaso pueda medrar, esto es, compensar en algo el déficit en identificaciones primarias o primitivas.

Asimismo, es inevitable asociar estos fenómenos identificatorios con el comentario bastante generalizado de psicoterapeutas de las más variadas líneas teóricas que sostienen que lo que causa la mejoría de nuestros pacientes es sobre todo la relación humana que se establece con ellos.

Si tales identificaciones han de coadyuvar a que el enfermo se recupere o mejore, tal vez no tenga demasiado sentido que sigamos teniendo tanto prurito en admitir su intervención en la cura.



Eduardo Braier

Dirección: Salvador Espriu, 69-71, 6º 2ª
08005 Barcelona
Tel./fax: 93 2213094
eabraier@telefonica.net

Notas

1. Este trabajo ha sido leído en el *Curso de Actualización en Psicoanálisis*, realizado en Santiago de Compostela, organizado por el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela y por Gradiva, Asociación de Psicoanálisis Aplicado de esa ciudad, el 5 de mayo de 2001. También ha sido presentado en CIPEA, Buenos Aires, el 20 de agosto de 2003.

2. «Un estudio de las identificaciones en *Zelig*, de Woody Allen», *Intercambios*, Noviembre 2003, nº 11, pp. 5 a 16. El lector podrá recurrir a un resumen del guión del filme, allí incluido.

3. Una paciente en análisis bajo mi supervisión, con trastornos narcisistas de la personalidad, una problemática que remitía a estadios tempranos de la relación con la figura materna, una estructura en la que sobresalían los aspectos esquizoides y depresivos y un importante déficit en la autoestima, se hallaba en una etapa del tratamiento caracterizada por el predominio de una transferencia positiva y de sentimientos de gratitud. En esas circunstancias le regaló a la analista (a la que agradezco me permita disponer de este material y que no puedo nombrar, por razones de discreción profesional) una copia del siguiente poema, perteneciente a Gianni Rodari, precedido de palabras de agradecimiento y deseos de «[...] un feliz comienzo de década» (diciembre de 1989).

Un señor maduro con una oreja verde

*Un día, en el expreso Soria-Monterde,
vi subir a un hombre con una oreja verde.*

*Ya joven no era, sino maduro parecía,
salvo la oreja, que verde seguía.*

*Me cambié de sitio para estar a su lado
y observar el fenómeno bien mirado.*

*Le dije: Señor, usted tiene ya cierta edad;
dígame, esa oreja verde, ¿le es de alguna utilidad?*

*Me contestó amablemente: Yo ya soy persona vieja,
pues de joven sólo tengo esta oreja.*

*Es una oreja de niño que me sirve para oír
cosas que los adultos nunca se paran a sentir;
oigo lo que los árboles dicen, los pájaros que cantan,
las piedras, los ríos y las nubes que pasan;
oigo también a los niños cuando cuentan cosas
que a una oreja madura parecerían misteriosas...*

*Así habló el señor de la oreja verde
Aquel día, en el expreso Soria-Monterde.*

Gianni Rodari*

*: G. Rodari (1920-1981), maestro y periodista italiano, divulgador de la pedagogía moderna en Italia. Frecuentó la literatura infantil desde 1950.

A mi juicio resulta claro que lo que la analizanda agradece a su analista es que pueda comprenderla y ayudarla en el camino del análisis, por el que viajan juntas, sintiéndola «a su lado». Esta comprensión y ayuda son posibles —y así parece percibirlo la paciente— merced a la forma en que la analista puede escucharla (he aquí el *fenómeno* al que se refiere el poema) El oído *analítico*, además del escuchar con atención flotante, implica también, a mi entender, la posibilidad de recepción y captación desde el yo infantil de la analista, identificado con el yo infantil de la analizanda. Ello está espléndidamente simbolizado por la oreja *verde*: «¿le es de alguna utilidad?», dice el poema, y también responde a esta pregunta: «Es una oreja de niño que me sirve para oír / cosas que los adultos nunca se paran a sentir [...]» Y poco más adelante la alusión es ostensible: «oigo también a los niños cuando cuentan cosas / que a una oreja madura parecerían misteriosas...»

La analista resulta ser, pues, como el «señor *maduro* con una oreja verde», al conservar asimismo los aspectos más *maduros* de su yo.

4. Cuando median factores provenientes del sujeto tales como la *fijación a situaciones traumáticas tempranas*, con una compulsión de repetición por la que se reproducen las injurias narcisistas padecidas (Freud, 1919; 1920) y el déficit identificatorio, la posibilidad de producción de nuevas identificaciones puede verse dificultada o incluso anulada una vez más, como lo habría sido en los estadios evolutivos iniciales. Las construcciones del analista, alusivas al trauma precoz (Botella, 1997; Marucco, 1999; Braier, 2001; 2001a) cobran aquí una especial importancia.

Otro problema se presenta en ocasión de la persistencia de una intensa envidia al objeto (Klein, 1957). Es entonces cuando se observa que el paciente exterioriza una tendencia a realizar proyectos efímeros, sustentados en ficciones identificatorias, que atentan repetitiva y resistencialmente contra el proyecto terapéutico y se vuelve sumamente necesario el análisis de la envidia subyacente.

5. Dice Winnicott (1963a): «Rápidamente el pequeño va siendo capaz de formas más complejas de identificación[...]. Ejemplo de esto lo tendríamos en el pequeño que busca la boca de su madre y pretende alimentarla con el dedo mientras ella le está dando el pecho». Arnaldo Rascovsky (1973), por su parte (y que no en vano, al igual que Winnicott, fue pediatra), señala que el niño que tiene en su madre un yo auxiliar cuya existencia es vital para él, «[...] va colocando dentro de sí mismo las aptitudes para la lucha por la vida que antes realizaban los padres de él [...]». Así se realiza el *proceso de identificación*, que conduce al sentimiento de identidad». (Las cursivas son mías.) Identificación, por tanto, con un objeto, pero además con una función, nutricia y protectora.

Bibliografía

- ALLEN, W. (A.S. Konigsberg) (1983). *Zelig*. Barcelona: Tusquets Editores, 1985.
- BALINT, M. (1952). *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. Londres: Hogarth Press; Nueva York: Liveright Publishing Co..
- (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- BERENSTEIN, I. (1998). *Education as a Social and Institutional Means for Producting Persons*, Viena: International Psychoanalytical Association.
- (2001). «Transferencia: hecho nuevo y/o repetición, producción vincular y/o individual». En I. Berenstein, *El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia*. Buenos Aires: Paidós, 2001. Cap. 6.
- BOTELLA, C. y S. (1997). *Más allá de la representación*, Valencia: Promolibro, 1997.
- BRAIER, E. (1989). «La acción desidentificatoria del psicoanálisis». Buenos Aires: trabajo presentado en la A.P.A. el 14-11-1989.
- (1990). «La reestructuración identificatoria del analizando». Buenos Aires: trabajo presentado en la A.P.A. el 15-05-1990.
- (1990 a). «Las identificaciones del analizando con el analista. Un tabú del psicoanálisis». Buenos Aires: trabajo presentado en el XVIII Congreso Interno y XXVIII Symposium de la A.P.A., 1990.
- (1992). «Las identificaciones patógenas y la acción desidentificatoria del psicoanálisis». Buenos Aires: *Actualidad Psicológica*, n° 185.
- (2001). «Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano», Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*, Barcelona: mayo 2001, n° 6.
- (2001 a). «Destructividad y repetición», Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*, Barcelona: noviembre 2001, n° 7.
- (2002). «Destructividad e identificaciones primarias», Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*. Barcelona: junio 2002, n° 8.
- (2002 a). «Transferencia, telepatía e identificación con el analista». Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*. Barcelona: noviembre 2002, n° 9.
- (2003). «Un estudio de las identificaciones en “Zelig”, de W. Allen». Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*. Barcelona: noviembre 2003, n° 11.
- (2004). «¿Puede el superyó cambiar con el análisis?» (Inédito). Barcelona. A ser presentado en las Jornadas de GRADIVA «Luces y sombras del superyó». Barcelona, 19 y 20 de noviembre de 2004.
- BREUER, J. y FREUD, S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud. *Obras Completas*, Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1911 [1910]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. O. C. Tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1914). *Introducción del narcisismo*. O. C. Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1914 a). *Recordar, repetir y reelaborar*. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1919). *Lo ominoso*. O. C. Tomo XVII, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1920). *Más allá del principio del placer*. O. C. Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. O. C. Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1923). *El yo y el ello*. O. C. Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu.
- (1937). *Análisis terminable e interminable*. O. C. Tomo XXIII, Buenos Aires: Amorrortu.
- GARCÍA BADARACCO, J. (1986). *La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto «objeto enloquecedor»*. *Libro Anual de Psicoanálisis 1986*, Lima: Imago, 1987.
- GREENSON, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo Veintiuno editores, 1976.
- GROTBERG, E. H. (1995). «Nuevas tendencias en resiliencia». En A. Melillo y E. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia (descubriendo las propias fortalezas)*: Buenos Aires, Paidós, 2001.
- DEUTSCH, H. (1942). «Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia». *Rev. de Psicoanálisis*, 25, 2, 1968.
- KLEIN, M. (1946). «Notas sobre algunos mecanismos esquizoideos». *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1967.
- (1952). «Algunas conclusiones teóricas acerca de la vida emocional del bebé». *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1967.
- (1957). *Envidia y gratitud*. Buenos Aires: Hormé, 1969.
- (1957a). «Sobre el desarrollo del funcionamiento mental». *Envidia y gratitud*. Buenos Aires: Hormé, 1969.
- LUTHAR, S.; CICCETTI, D. y BECKER, B. (2000). «The construct of the resilience: A critical evaluation and guidelines for future work». *Child Development*. 71 (3).
- MARUCCO, N. (1999). *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.
- MAYER, H. (1982). *Narcisismo*. Buenos Aires: Kargiemann, 1982.
- MELILLO, A.; SUÁREZ OJEDA; ELBIO NÉSTOR (2001). *Resiliencia (descubriendo las propias fortalezas)*. Buenos Aires: Paidós, 2001.
- RACKER, H. (1959). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1969.
- RASCOVSKY, A. (1973). *Conocimiento del hijo*. Buenos Aires: Orion, 1973.
- (1981). Buenos Aires: seminario de postgrado en la A.P.A.
- SEARLES, H. (1961). «Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica», Buenos Aires: ficha A.P.A. (Gran Bretaña, Brit. Journal Med. Psychol).
- SECHEHAYE, M.-A. (1947-1950). *La realización simbólica - Diario de una esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1964.
- STERBA, R. (1929). «The dynamics of the dissolution of the transferences resistance», *Psychoanal. Quart.*, vol. 9, 1940.
- (1934). «El destino del yo en la terapia analítica», *Rev. de Psicoanálisis*, XXVI, 4, 1969.
- STRACHEY, J. (1934). «Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis», Buenos Aires: *Revista de Psicoanálisis*, V, 4, 1948.

- WINNICOTT, D. W. (1953). «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». *Realidad y juego* (1971), Buenos Aires: Granica, 1972.
- (1960). «Deformación del ego en términos de un self verdadero y falso». *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (1965). Barcelona: Laia, 1979.
- (1963?). «El miedo al derrumbe». *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós, 1991.
- (1963). «Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, y en el marco psicoanalítico». *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (1965). Barcelona: Laia, 1979.
- (1963 a). «De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo». *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (1965). Barcelona: Laia, 1979.
- (1971). «El interrelacionarse aparte del impulso instintivo y en términos de identificaciones cruzadas». *Realidad y juego*, Buenos Aires: Granica, 1972.
- ZUKERFELD, R. (2004). Conferencia pronunciada en Gradiva Associació d'Estudis Psicoanalítics, Barcelona, 9 de febrero de 2004.