

SOBRE TRES FORMAS DE PENSAMIENTO: EL PENSAMIENTO MÁGICO, EL PENSAMIENTO ONÍRICO Y EL PENSAMIENTO TRANSFORMATIVO

POR THOMAS H. OGDEN (*)

Título original:

ON THREE FORMS OF THINKING: MAGICAL THINKING, DREAM THINKING, AND TRANSFORMATIVE THINKING

The Psychoanalytic Quarterly, 2010. Volume LXXIX, Number 2

Traducción: Lic. Mark Elton

El autor considera que el psicoanálisis contemporáneo ha cambiado su énfasis, desde la comprensión del significado simbólico de los sueños, del juego y de las asociaciones, hacia la exploración de los procesos de pensar, soñar y jugar. En este artículo, habla de su forma de entender tres formas de pensamiento- el pensamiento mágico, el pensamiento onírico y el pensamiento transformativo- y aporta ilustraciones clínicas en las que predomina cada una de estas formas. El autor considera que el pensamiento mágico es una forma de pensamiento que subvierte el pensamiento genuino y el crecimiento psicológico, sustituyendo una realidad psíquica inventada, por una realidad externa perturbadora. En cambio, el pensamiento onírico- nuestra forma de pensamiento más profunda- conlleva el observar una experiencia emocional de manera simultánea desde múltiples perspectivas: por ejemplo, las perspectivas del pensamiento del proceso primario y secundario. En el pensamiento transformativo, uno crea una manera nueva de ordenar la experiencia, que le permita generar distintos tipos de sentimientos, formas de estar relacionado con los objetos y cualidades vitales que habían sido previamente inimaginables.

Palabras claves: Formas de pensamiento, pensamiento mágico, fantasía onipotente, pensamiento onírico, soñar, pensamiento transformativo.

A grandes rasgos, se podría categorizar la era actual del psicoanálisis como la era del pensar sobre el pensamiento. A mí me parece que muchas de las cuestiones más interesantes y generativas con las que los analistas trabajan actualmente tienen menos que ver con el contenido simbólico de los sueños, las asociaciones, el juego y otras conductas, y

tienen más que ver con lo que pasa en la experiencia vivida. En otras palabras, nuestra atención como clínicos y teóricos analíticos se ha enfocado cada vez más en *la manera* en que una persona piensa, en lugar de *qué* es lo que piensa. A mi entender, las dos personas más importantes que han contribuido a este movimiento en el psicoanálisis son Winnicott, quien prestó más atención a la capacidad para jugar, que al contenido simbólico del juego; y Bion, quien en su obra exploró el proceso de soñar/pensar mucho más que el significado simbólico de los sueños y las asociaciones.

En este artículo, demostraré algunas de las maneras en que este cambio de énfasis en el contenido simbólico hacia el proceso de pensar, ha cambiado mi manera de abordar el trabajo analítico.

“Concibo tres formas de pensamiento- el pensamiento mágico, el pensamiento onírico, y el pensamiento transformativo- que voy a tratar como coexistiendo, mutuamente creando, preservando, y negando aspectos de cada experiencia de pensar. Nunca se encuentra ninguna de estas formas de pensamiento en su estado puro.”¹

¹Sobre la inseparabilidad de las formas de pensar, Freud (1900) escribió: “Es cierto que, por lo que sabemos, no existe ningún aparato psíquico que posea solamente un proceso primario (es decir, sin proceso secundario) y en ese sentido dicho aparato es una ficción teórica” (p. 603).

Tampoco hay una relación lineal entre estas formas de pensamiento, por ejemplo una “progresión” del pensamiento mágico al pensamiento onírico. Más bien, considero que estas formas de pensamiento existen en un estado de tensión dialéctica entre sí, de la misma manera en que concibo la relación entre la mente consciente e inconsciente; las posiciones esquizo-paranoide, depresiva y autista-contigua (Klein 1946; Ogden 1989); las partes psicóticas y no-psicóticas de la personalidad (Bion 1957); los grupos de supuesto básico y el grupo de trabajo (Bion 1959); el continente y el contenido (Bion 1970); el pensamiento del proceso primario y secundario (Freud 1911); etcétera. Además, ninguna de estas formas de pensamiento es una manera de pensar sencilla y unitaria; más bien, cada “forma de pensamiento” representa un espectro bastante amplio de formas de pensar. La variación concreta del camino del pensamiento que un individuo puede emplear está siempre fluyendo y depende de su nivel de madurez psicológica, el contexto emocional intrapsíquico e interpersonal en el momento, factores culturales, etc..

Las formas de pensamiento en las que me voy a centrar de ninguna manera abarcan todo el espectro de los diferentes modos de pensar. Por ejemplo, no voy a abordar el pensamiento operatorio (de M'Uzan 1984, 2003), el pensamiento autista (Tustin 1981), la exclusión psíquica (*psychic foreclosure*) (McDougall 1984), o "fantasía en el cuerpo" (Gaddini 1969), por nombrar algunos.

Para darle continuidad en este artículo, presentaré brevemente las tres formas de pensamiento, antes de profundizar en cada una de ellas, clínica y teóricamente. (Siguiendo la tradición de Bion, al hablar del pensar, siempre me refiero a pensar y sentir).

Utilizo el término *pensamiento mágico* para referirme a aquel pensamiento que depende de la fantasía omnipotente para crear una realidad psíquica que el individuo experimenta como "más real" que la realidad externa -por ejemplo, como se observa en el empleo de la defensa maníaca. Dicho pensamiento sustituye la realidad externa por una realidad inventada, y de este modo se mantiene la estructura existente del mundo interno. Además, el pensamiento mágico subvierte la oportunidad de aprender de la experiencia que uno ha vivido con objetos externos reales. El coste psicológico que el individuo paga por la dependencia del pensamiento mágico es de carácter práctico: el pensamiento mágico no funciona, en el sentido que no se puede construir nada sobre ello, a excepción de capas adicionales de construcciones mágicas.

Utilizo el término *pensamiento onírico* para referirme a aquel pensamiento que realizamos en el proceso de soñar. Es nuestra forma más profunda de pensar, que sigue en marcha tanto en los periodos de sueño como en los de vigilia. Aunque es primariamente una actividad mental inconsciente, actúa conjuntamente con el pensamiento preconscious y consciente. En el pensamiento onírico, uno contempla y atribuye significado a la experiencia desde múltiples puntos de vista, por ejemplo, desde las perspectivas del pensamiento del proceso primario y secundario, del continente y del contenido, del self infantil y del self maduro, etcétera (Bion 1962a; Grotstein 2009). El pensamiento onírico genera un crecimiento psicológico genuino. Dicho pensamiento se puede realizar estando uno solo, pero inevitablemente se llega a un punto en el que se necesita a otra persona con quien pensar/soñar la experiencia emocional más perturbadora.

La tercera de las formas de pensamiento que voy a hablar, el *pensamiento transformativo*, es una forma de pensamiento onírico que conlleva una alteración de los términos según los cuales uno ordena su experiencia; uno trasciende las categorías de los significados que se

habían sentido como las únicas categorías posibles para organizar la propia experiencia. En el pensamiento transformativo uno crea nuevas maneras de ordenar la experiencia, generando no sólo nuevos significados, sino también nuevos tipos de sentimiento, formas de relacionarse con los objetos, y cualidades de vitalidad emocional y corporal. Un cambio tan fundamental en la manera de pensar y experimentar es más llamativo en el trabajo con pacientes graves, pero ocurre también en el trabajo con otro tipo de pacientes.

A lo largo de trabajo que viene a continuación, presentaré ejemplos clínicos para ilustrar algunas de las maneras en las que la conceptualización de las formas de pensamiento que he descrito tiene valor para mí, a la hora de dialogar conmigo mismo -y, a veces, con el paciente- sobre lo que creo que está ocurriendo en la relación analítica, en otros sectores de la vida interna del paciente y en su propia vida.

EL PENSAMIENTO MÁGICO

Comenzando con Freud (1909, 1913), el pensamiento omnipotente ha sido un concepto bien establecido en la teoría psicoanalítica. Freud (1913) se apoyó en el “Hombre de las Ratas” al acuñar el término *omnipotencia del pensamiento* (p. 85). Haré unas cuantas observaciones que posibiliten diferenciar entre el pensamiento mágico y las otras dos formas de pensamiento que exploro en este artículo.

El pensamiento mágico tiene un único propósito: evitar enfrentarse a la verdad de la experiencia interna y externa. El método empleado para conseguir este fin es la creación de un estado mental en el cual el individuo cree que la realidad donde viven él y los demás, ha sido creada por él. Bajo estas circunstancias, la realidad psíquica eclipsa la realidad externa: la realidad es “la realidad, no de la experiencia, sino del pensamiento” (Freud 1913, p. 86). Por lo tanto, en la medida de lo posible se evitan las sorpresas emocionales y los encuentros con lo no esperado. En el caso más extremo, cuando el individuo teme que peligre la integridad de su self, puede defenderse empleando fantasías omnipotentes que engloban virtualmente todo, desconectándole de la realidad externa hasta tal grado que su pensamiento se vuelve delirante y/o alucinatorio. En este estado psicológico, el individuo no puede aprender de la experiencia y es incapaz de distinguir entre la vigilia y estar dormido (Bion 1962a), podría decirse que es como un estado psicótico.

En la medida en que la realidad psíquica eclipsa a la realidad externa, hay un deterioro progresivo en la capacidad del individuo de diferenciar entre el soñar y el percibir, entre el

símbolo y lo simbolizado. Como resultado, la misma conciencia (conciencia de sí mismo), está comprometida o perdida. En el contexto analítico esto conduce a una situación en la que trata sus pensamientos y sentimientos, no como experiencias subjetivas, sino como hechos.

Bajo el pensamiento mágico se encuentran una gran cantidad de defensas psicológicas, de estados anímicos, y de formas de relacionarse con los objetos. Hablaré brevemente solamente de tres de ellas. La *manía y la hipomanía* reflejan la hegemonía de un conjunto de fantasías omnipotentes: el individuo que depende de la defensas maníacas siente que tiene un control absoluto sobre el objeto ausente, por lo cual no lo ha perdido, sino que lo ha rechazado; en vez de pasar por un proceso de duelo, celebra la pérdida del objeto, porque está mejor sin él; y la pérdida no es una pérdida porque el objeto no tiene valor y es despreciable. Klein (1935) resume de manera concisa los estados anímicos asociados con estas fantasías omnipotentes, como sentimientos de control, desprecio y triunfo.

Por otro lado, la *identificación proyectiva* se basa también en la fantasía omnipotente: la creencia inconsciente de que uno puede escindir aspectos peligrosos o amenazados de sí mismo, y colocarlos en otra persona, de tal manera que aquel aspecto de uno mismo toma el control de la otra persona desde dentro. El acto de “contener” [Bion 1970; Ogden 2004a] una identificación proyectiva requiere que el que la recibe transforme el pensamiento mágico del que proyecta en pensamiento onírico, por lo cual posiblemente se pueda utilizar en el proceso de soñar/pensar su propia experiencia.

De manera similar, *la envidia*, que protege al individuo de sentimientos perturbadores como el vacío y la desolación, conlleva la fantasía omnipotente de que uno puede robar lo que no tiene de otra persona, y estropear el resto que es envidiado.

Todas las cualidades del pensamiento mágico que se acaban de describir reflejan el uso de la fantasía omnipotente, al servicio de crear la ilusión -en ocasiones, la creencia delirante-, de que uno no es sujeto de las leyes que se aplican a los demás, incluidas las leyes de la naturaleza, las temporales, el papel del azar, la irreversibilidad de la muerte, etcétera. Uno puede hablar con crueldad a otra persona y luego creer que es posible literalmente “retirar” el comentario, recreando la realidad, por ejemplo, renombrándolo como una broma. Decir algo significa que eso es así. El sentimiento es que las palabras tienen el poder de sustituir una realidad que ya no es conveniente, por una realidad creada. A nivel más general, la historia se puede escribir como uno quiera.

El pensamiento mágico es muy práctico, simplemente con decir algo, se evita la necesidad de enfrentarse con la verdad, y más aún, se evita el hacer algo sobre ese tema. Pero aunque sea conveniente, tiene una desventaja fundamental: no “funciona”; nada puede ser construido sobre ello o con ello, a excepción de más capas de construcciones mágicas. Dicho “pensamiento” no tiene cimientos en el mundo real, solo en la mente del individuo. En vez de constituir una forma de pensamiento genuino, es un ataque tanto hacia el reconocimiento de la realidad, como hacia el pensamiento en sí, es decir, es una forma de anti-pensamiento. Sustituye la realidad verdadera por la realidad inventada, y así se derrumba la diferencia entre la realidad interna y externa. La creencia, por ejemplo, de que se puede adoptar una actitud indiscriminada de “perdonar y olvidar” hacia la experiencia interpersonal, sirve no sólo para cegar al individuo a la realidad de la conexión emocional que existe entre él y los demás, sino que también le impide ver la cuestión de su propia identidad. Se convierte cada vez más en algo ficticio, en una invención mágica de su propia mente, en una construcción divorciada de la realidad externa.

No es posible construir nada sobre el pensamiento mágico, porque la “realidad” creada de manera omnipotente carece de la alteridad absoluta e inamovible de la realidad externa verdadera. La experiencia de la alteridad de la realidad externa es necesaria para la creación de la experiencia genuina de uno mismo. Si no existe el “no-yo”, tampoco puede existir el “yo”. Sin un otro diferenciado, uno es simultáneamente todo el mundo, y nadie.

Una implicación de esta forma de entender el papel central del reconocimiento de la alteridad en el desarrollo del self es la idea de que, por muy importante que sea que el analista comprenda al paciente, es igual de importante que el analista sea una persona que es diferente al paciente. Lo que menos necesita cualquier paciente es una segunda versión de sí mismo. Los aspectos personales del pensamiento de un paciente -la naturaleza auto-reforzadora de los lazos que le atan a sus creencias inconscientes-, tienen como consecuencia la limitación de la capacidad del paciente de pensar y de crecer psicológicamente. Lo que el paciente inconscientemente pide al analista, incluso cuando el paciente, de manera explícita o implícita, afirma que no necesita del analista, es una conversación con otro, una persona que habite una realidad que el paciente no ha creado (véase Fairbairn 1944, Ogden 2010).

Una paciente “omnipotente”²

La Sra. Q. me contó en la primera entrevista que tenía “un talento especial para destrozarse todos los aspectos de su vida, su matrimonio, la manera en que trataba a sus hijos, la manera en que desempeñaba su trabajo”. A pesar de la ironía intencionada de esta declaración, percibí que se estaba jactando, más que admitiendo el fracaso o pidiendo ayuda. A mí me pareció que la Sra. Q. me estaba poniendo en aviso de que no era una persona ordinaria (“tengo un talento especial”).

En la primera semana de su análisis (de cinco sesiones semanales) ocurrió algo bastante llamativo. La Sra. Q. dejó un mensaje telefónico diciendo que, debido a un cambio en su horario laboral, no iba a poder acudir a la hora de la sesión que habíamos programado para el día siguiente, pero sí podría acudir una hora más tarde. Concluyó el mensaje diciendo, “doy por hecho que no le supone ningún trastorno, espero que me avise en caso contrario”. No tenía otro remedio que devolverle la llamada. En mi mensaje telefónico, le dije que la esperaba a la hora en que habíamos acordado. Si no la hubiera llamado, habría llegado a la misma hora que el paciente que venía a la sesión de la hora siguiente, creando una situación intrusiva para el otro paciente y para mí, al encontrarnos los tres en la sala de espera.

La paciente llegó veinte minutos tarde a la sesión que había pedido cambiar. Se disculpó de manera superficial y ofreció explicaciones parecidas. Le dije: “Me parece que no cree que yo haya creado un espacio aquí para Ud., y por eso siente que lo tiene que robar. Pero no creo que sea posible robar cosas de ese tipo”. Sospechaba que el miedo a no tener un espacio propio había sido una fuente de ansiedad para la paciente durante toda su vida, algo que no le comenté en ese momento.

² En alguna ocasión Bion le comentó a su supervisor James Grotstein, “Que lástima que recurriera a la omnipotencia” (Grotstein 2001). (Nota del traductor: en inglés, se puede utilizar la misma palabra- “shame”- para significar “lástima” [Que lástima = What a shame] o “vergüenza” [Sentir vergüenza = To feel shame]). Es muy significativa la conexión entre la vergüenza y el pensamiento omnipotente que Bion señala de manera sutil en este comentario: la vergüenza inconsciente e irracional es una fuerza potente para obligar al individuo a renunciar el mundo real, y en su lugar crear un mundo totalmente bajo su propio control.

La Sra. Q. respondió que no creía que fuera complicado, y luego siguió hablando sobre asuntos relacionados con el trabajo. Le dije: “Parece que no voy a tener un lugar aquí hoy con Ud., a menos que yo luche por ello”. La paciente se comportó como si no me hubiera escuchado.

La Sra. Q. habló de su vida de manera bastante frívola. Al hablar de sus “años formativos”, dijo que había tenido “una infancia perfectamente normal”, con “padres perfectamente razonables”, siendo los dos académicos exitosos. “No les puedo echar la culpa por todo”. Me imaginaba que lo que la paciente decía era verdad en un sentido en el que ella no era consciente. Es decir, de niña se comportaba “perfectamente” bien, era sumisa y asustadiza ante sus emociones, y sus padres eran “perfectamente razonables” en el sentido de que tenían poca capacidad a nivel afectivo, tanto para ser receptivos, como para ser expresivos. Con el paso del tiempo esta inferencia se confirmó, tanto en la transferencia-contratransferencia, como en el relato de la paciente sobre su infancia.

Estrechamente vinculada con los esfuerzos de la Sra. Q. para controlarme, y para robar de mí y de mis otros pacientes, se encontraba su creencia de que yo tenía las soluciones para sus problemas, como para su incapacidad de ser madre, esposa, amiga, o alguien válido en su profesión. Mi “terquedad” a la hora de no proporcionarle soluciones para sus problemas la confundía y la enfurecía.

Gradualmente me di cuenta del modo en que la paciente se había conectado conmigo desde el inicio, modo que se había vuelto más desembozado y provocativo a medida que transcurría el tiempo. Con frecuencia la paciente distorsionaba sentimientos, comportamientos, y acontecimientos que habían ocurrido tanto dentro como fuera de la consulta. Esta tendencia era especialmente llamativa cuando la Sra. Q. cambiaba algo que uno de nosotros había dicho en una sesión. Tras casi dos años de sentirme manipulado de este modo, le dije: “Creo que al relatar una historia tras otra, sabiendo que dichas historias son falsas o incompletas, se asegura de que nada de lo que yo diga o piense tenga interés o valor para Ud.. La realidad es solo una historia que Ud. crea y recrea, según su deseo. Ni Ud. ni yo existimos de forma real, más allá de su campo de control. Dado que puede crear cualquier versión de la realidad según le convenga, no hay ninguna posibilidad de hacer nada para efectuar los cambios que, dice, quiere hacer en su vida”.

Según se lo dije, fui consciente de que estaba mostrando mi enfado hacia ella, por la manera en la que ella me trataba a mí y al trabajo analítico. También fui consciente de haberle señalado que yo no aprobaba el modo en que se comportaba, y probablemente, la estaba obligando a entrar en un estado aún más a la defensiva. De hecho, eso fue lo que pasó. Pero no fue mi enfado lo que más me perturbaba en aquel momento, sino el hecho de

encontrarme hablando de una manera reprobadora, algo que en mí lo sentí como extraño y fuera de lo habitual.

En una sesión poco tiempo después, cerré los ojos durante unos minutos mientras me hallaba sentado en mi sillón detrás del diván, (como acostumbro hacer cuando trabajo con pacientes en análisis), y pasado un rato me sentí muy ansioso.

Abrí los ojos, y por unos segundos no supe donde estaba, ni qué estaba haciendo, ni con quién me encontraba y mi sensación de desorientación no se disipó ni aún después de ver a una persona tumbada en el diván.

Tardé unos segundos más en deducir dónde estaba, quién era la persona tumbada en el diván, y qué hacía yo allí, es decir, quién era yo. Pasaron unos segundos antes que este pensamiento deductivo diera paso a un sentido más sólido de mí mismo como persona y como el analista de la Sra. Q.

A raíz de esta experiencia -para mí inquietante- hice consciente, con el paso del tiempo, mi miedo a perderme a mí mismo en la experiencia psicológica-interpersonal, en la que la Sra. Q. continuamente reinventaba la realidad, además de reinventar a cada uno de nosotros. Me pareció que la Sra. Q. me estaba enseñando lo que no podía contar, ni a mí, ni a sí misma, es decir, la experiencia de inventarse y reinventarse a sí misma, y de ser inventada y reinventada por otra persona. Recordé la demanda de sus padres hacia ella, y de sus propios esfuerzos para ser “una niña perfecta”, una niña que no hace ninguna demanda a sus padres a nivel emocional, una niña que, en definitiva, no es una niña.

Le dije a la Sra. Q.: “creo que las distorsiones que hace de la realidad, y especialmente las invenciones de Ud. misma y de mí, constituyen un esfuerzo por mostrarme lo que no se siente capaz de transmitir en palabras. Me parece que de niña sentía que era una invención de la mente de otra persona, y que sigue sintiéndose así. Creo que no se ha atrevido a decir la verdad ni a mí, ni a sí misma, porque hacerlo pondría en peligro aquella parte pequeña de Ud. que siente como real. Decirme la verdad significaría quedar abierta a que yo le quitara lo que siente como lo más real de Ud., para reemplazarlo por mi propia versión”. La Sra. Q. no descartó lo que dije, ni hizo una broma sardónica ni otro tipo de rechazo desdeñoso, como era su costumbre. En lugar de ello, se quedó en silencio durante los pocos minutos restantes de la sesión.

En la sesión del día siguiente, la Sra. Q. me relató un sueño: “Estaba jugando al tenis - en realidad, no sé jugar- y la pelota se escapó hasta llegar a un rincón lejos de las pistas en las que jugábamos. Había una especie de canal al borde de la pista más lejos, lleno de pelotas

de tenis nuevas, sin usar, pero no sabía cómo poder coger más de una o dos. No me acuerdo que pasó después. Me he despertado a la mañana sintiéndome bien, ni exageradamente bien, ni muy mal”.

Le contesté: “Al contarme el sueño, enseguida ha dicho que en el sueño juega al tenis, cuando en realidad no sabe jugar. Parece que en ese momento era importante para Ud. que los dos supiéramos distinguir entre lo real y lo no real. La pelota se escapa a un rincón distante donde hay un canal. Allí encuentras una gran cantidad de pelotas nuevas, parece como si fuera un gran tesoro, pero sólo puede llevarse una o dos. Por otro lado, las pelotas de tenis que ya tiene son suficientes. Cuando se ha despertado, no se ha sentido engañada, como si se le hubiera quitado un tesoro, ni se ha sentido como si fuera un ladrón, como le ha pasado tan a menudo en el pasado. Se ha sentido bien”.

A lo que la Sra. Q. dijo: “tiene razón. En realidad no me importaba no poder llevar conmigo todas las pelotas. Ni las quería, ni las necesitaba. Encontrar las pelotas no fue como descubrir un tesoro, fue más bien algo raro. Cuando era niña... incluso cuando iba al instituto... robaba cosas que no quería, para luego tirarlas nada más salir de la tienda. Recordar eso me mareaba. Sabía que no quería lo que robaba, pero no podía controlarme”.

A lo largo del año siguiente de su análisis, la tendencia de la Sra. Q. a crear su propia realidad iba disminuyendo. A veces, cuando se encontraba distorsionándola, interrumpía y decía: “no tiene ningún sentido que siga hablando de esto, porque estoy omitiendo una parte importante de lo que verdaderamente pasó, porque me da vergüenza”.

En las viñetas que he presentado, la paciente dependía de su pensamiento mágico, en un intento de crear y destruir la realidad, incluyéndose tanto a ella misma como a mí. Para ella, el tener la posibilidad de crear su realidad no era simplemente una experiencia de indefensión, sino de perderse a sí misma, una sensación de que otra persona se le apropiaba. Además, se sentía avergonzada por no poder retener un sentido de sí misma, en el que se experimentara como auténtica y verdadera.

Las distorsiones de la realidad efectuadas por la paciente, la creación mágica de su propia realidad, me enfadaban por la manera en la que contribuían a una sensación de robar significado al diálogo analítico, y robar el sentido de mí mismo. Lo que dije inicialmente a la paciente con respecto a su pensamiento mágico fue excesivamente acusatorio, y por lo tanto, ella no lo podía utilizar. Sin embargo, me alertó de que estaba hablándole en una

manera en la cual no me reconocía. Este darme cuenta, creó un espacio psicológico en el que se generó una experiencia de “reverie” (por parte de la paciente y por parte mía), en la que experimenté un sentimiento de miedo, al no saber quién era yo, dónde estaba, ni quién estaba conmigo.

El poder hablar con la Sra. Q. acerca de lo que yo creía que era un perderse en reinenciones interminables de la realidad, proporcionó un contexto emocional, una forma más contenedora de pensar, que le permitió soñar (junto conmigo) una experiencia de ser ella misma, sin necesitar de un pensamiento mágico. La paciente, tanto en el sueño de la pelota de tenis, como a la hora de hablar conmigo sobre ello, fue capaz de aceptarse a sí misma, tal como era. La realidad no suponía ninguna amenaza; servía como una especie de alteridad orientadora. Mi propia alteridad y la alteridad de la realidad externa se tornaron presentes, como consecuencia de devolverle una versión del sueño de la pelota de tenis algo diferente de su propia manera de contarlo. Al escuchar mi versión del sueño, creo que la Sra. Q. vio algo parecido a ella misma, se observó a ella misma, en “mi sueño”. La paciente utilizó la realidad externa (la alteridad) de mi versión del sueño como manera de auto-definirse, tal como se evidenció cuando corrigió mi versión del sueño en aquellos sitios donde sentía que no se reconocía a sí misma. Por ejemplo, me dijo que encontrar la multitud de pelotas de tenis no fue como “descubrir un tesoro”, más bien, le pareció “raro” (es decir, extraño a la persona en la que se estaba convirtiendo).

Aunque esta parte del artículo se ha enfocado en el pensamiento mágico, el trabajo necesario para entender algo de lo que ocurría en la relación analítica, requería una cantidad importante de pensamiento onírico por parte de los dos. Profundizaré en este aspecto del análisis en la siguiente parte del trabajo. De todas maneras, como ya he señalado, nuestro pensamiento siempre involucra un espectro amplio de las diferentes formas de pensar, lo que varía es la prominencia de una forma, o combinación de distintas formas, en un momento dado.

EL PENSAMIENTO ONÍRICO

El pensamiento onírico es el trabajo -principalmente inconsciente- que hacemos mientras soñamos. Soñamos continuamente, cuando estamos despiertos y cuando estamos dormidos (Bion 1962a). De la misma manera que el brillo del sol oculta la luz de las estrellas en el cielo durante el día, el proceso de soñar continúa cuando estamos despiertos, aunque está oculto por el brillo de la vigilia. El pensamiento onírico es nuestra forma de pensamiento más

global, penetrante y creativa. Somos insaciables en nuestra necesidad de soñar nuestra experiencia vivida, para poder crear significados psicológicos y personales, que se van a organizar y representar en formas tal como imágenes visuales, símbolos verbales, etc. (Barros y Barros 2008).

En el pensamiento onírico, observamos nuestra experiencia vivida desde una multiplicidad de puntos de vista de manera simultánea, lo que nos permite entrar en una serie de conversaciones inconscientes con nosotros mismos, de una forma rica y no lineal. Esa multitud de puntos de vista, incluye las perspectivas del pensamiento del proceso primario y secundario; el continente y el contenido; las posiciones esquizo-paranoide, depresiva y autista-contigua (Ogden 1989); el self maduro y el self infantil; lo mágico y lo real; las partes “psicóticas” y “no psicóticas” de la personalidad (Bion 1957); llegando a conocer lo que uno experimenta y convirtiéndose en la verdad de lo que uno experimenta; el “que proyecta” y el “que recibe” la identificación proyectiva, etc.. Esta multiplicidad de “conversaciones” de pensamiento onírico tienen lugar en aspectos inconscientes de la personalidad (Grotstein, 2000), el “soñante que sueña el sueño” y el “soñante que entiende el sueño”, y como dice Sandler (1976) “el trabajo del sueño” y “el trabajo de entenderlo”. Si este tipo de pensamiento se produjera conscientemente mientras se están haciendo las tareas de la vida cotidiana, provocaría un estado de confusión masiva.

La descripción ofrecida por Pontalis (2003) del proceso de despertarse, capta la riqueza de la experiencia onírica y del pensamiento onírico:

Debo separarme brutalmente del mundo nocturno, de este mundo donde he sentido y he vivido más incidentes que cualquier otro sitio, donde he estado extraordinariamente activo, donde he estado más despierto de lo que es posible estar en lo que llamamos “estado de vigilia” [p.15]... Los sueños piensan y piensan por mí... Al despertarnos nos gustaría recuperar las imágenes bellas, angustiantes y perturbadoras que nos han visitado durante la noche, y estas imágenes ya se están disipando. Pero también sentimos que lo que estamos perdiendo en ese momento es mucho más que estas imágenes; es un campo de pensamiento que progresa continuamente. [p.18]... [El soñar- y, añadiría, el pensamiento onírico] se despliega en todas las direcciones [p.50]... sin ser consciente de su destino... arrastrado por el poder único de su movimiento. [p.19]

Como se ha comentado anteriormente, el problema con el pensamiento mágico es el hecho de que no funciona: sustituye la realidad de quien es uno y las circunstancias emocionales en las que uno está viviendo, por una realidad inventada. Consecuentemente, no se cambia nada de importancia dentro de uno mismo. El punto fuerte del pensamiento onírico se encuentra en el hecho de que sí funciona: provoca el crecimiento psicológico, lo cual se ve reflejado, por ejemplo, en la manera en que uno realiza cambios en su forma de relacionarse con los demás, y en los otros compromisos con el mundo externo real. En ese sentido, diría que el pragmatismo es uno de los medios principales para valorar cualquier aspecto del funcionamiento de la mente e incluso, del cuerpo. Una pregunta fundamental con respecto a cualquier forma de pensamiento es si funciona. Si contribuye al desarrollo del sentido de una persona emocionalmente viva, creativa y consciente de sí misma, arraigada tanto en la realidad de sí misma, como en la realidad del mundo externo.

Comenzando en la infancia más temprana y continuando durante toda la vida, cada individuo está limitado, en un grado u otro, en su capacidad para aplicar el pensamiento onírico a su experiencia vivida, es decir, hacer trabajo psicológico inconsciente en el curso de soñar. Cuando uno llega al límite de su capacidad para soñar sus experiencias perturbadoras, necesita la ayuda de otra persona para soñar los sueños no soñados (Ogden 2004b, 2005). En otras palabras, se necesitan al menos dos personas para soñar la experiencia más perturbadora de uno.

En la vida más temprana, el fenómeno psicológico-interpersonal del que estoy hablando, ocurre en la forma en que la madre y el bebé sueñan juntos la experiencia perturbadora de éste último, y en la respuesta emocional de la madre al malestar del bebé. La madre, en un estado de "reverie", acepta los pensamientos impensables y los sentimientos insoportables del bebé (los cuales son inseparables de su respuesta al malestar del niño) (Bion 1962a, 1962b; Orden 1997a, 1997b). La madre, quien de esta manera entra en una subjetividad co-creada con el bebé, (la "preocupación materna primaria" de Winnicott [1956]; la versión intrapsíquica- interpersonal de la identificación proyectiva de Bion [1962a] y Rosenfeld [1987]; el "campo bi-personal" de Ferro [1999]; o lo que yo denomino el "tercero inter-subjetivo" [Ogden 1994a, 1994b]), hace entrar en juego su personalidad más desarrollada y su mayor capacidad para soñar en la experiencia que es impensable para el niño. Al hacerlo, ella y el niño sueñan juntos la experiencia perturbadora de éste. La madre comunica al niño su experiencia previamente insoñable/impensable, en una forma que ahora sí éste puede soñar por sí mismo.

Un proceso intersubjetivo similar tiene lugar en la relación analítica y en otras relaciones íntimas, como son la relación padre-hijo, el matrimonio, las amistades estrechas, y las relaciones fraternales.

Al decir que hacen falta (por lo menos) dos personas para pensar la experiencia más perturbadora de uno, no quiero decir que los individuos no sean capaces de pensar por sí mismos. Más bien, quiero decir que es inevitable que uno llegue a un punto en su proceso de pensar/soñar, más allá del cual no puede avanzar solo. En ese momento, o aparece algún tipo de sintomatología (quizás inútil) como un intento de conseguir algún grado de control (no estoy diciendo resolución) de las dificultades psicológicas de uno, o se busca a otra persona que ayude a soñar la experiencia. Como dijo Bion (1987), “la unidad humana es una pareja; hace falta dos seres humanos para crear uno” (p. 222).

Hay que tener en cuenta que no toda la actividad mental que tiene la apariencia de ser una forma de soñar -por ejemplo, imágenes visuales y narrativas experimentadas mientras se está dormido-, merezca la denominación de *soñar*. Las pesadillas post-traumáticas que se repiten noche tras noche, consiguen un nivel prácticamente nulo de trabajo psicológico inconsciente, y por lo tanto no constituyen formas genuinas de pensar (Bion 1987). En otras palabras, los “sueños” de este tipo son sueños que no son sueños, porque no provocan el cambio psicológico en el soñante. Otra vez la cuestión de si un sueño es un sueño, depende de si el sueño ejerce su función de facilitar el crecimiento y el cambio psíquico.

Lo ordinario rescatado de lo Mágico

Como he mencionado con respecto a mi trabajo con la Sra. Q., el pensamiento onírico tuvo varios puntos en el análisis. Mencioné el uso que hice de mi experiencia de “reverie” en la sesión en que escuché a la paciente con los ojos cerrados. En ella, yo estaba soñando *con* la Sra. Q. una experiencia que ella no había podido soñar sola (y mucho menos verbalizar, tanto para sí misma o para mí). La “reverie” en sí fue una forma de soñar despierto, en la que no solo viví la experiencia, sino que incluso en medio de la experiencia, fui capaz de formular preguntas vinculadas con la esencia de la situación emocional: ¿Dónde estoy? ¿Quién soy? ¿Con quién estoy?

Al “despertarme” de esa “reverie”, fui capaz de conectarme con los aspectos conscientes del pensamiento onírico. Para lograrlo tuve que entender que esa experiencia de ausentarme momentáneamente de mí mismo, constituyó una versión co-creada de la experiencia de la

Sra. Q. de perderse también a sí misma al emplear su fantasía omnipotente de inventar e inventarse a sí misma y a mí.

El pensamiento que acabo de describir conllevó el aprehender y transformar en palabras múltiples niveles de significado, que existían en la experiencia emocional. Traté mi experiencia de “reverie”, tanto como una experiencia de haber co-creado un sueño con la Sra. Q., como una experiencia con significados personales que eran únicos para cada uno. Mi propia experiencia de “reverie”, consistió en perder brevemente el sentido de quién era yo, mientras que para la Sra. Q., la experiencia de perderse era algo que había sufrido durante toda su vida, y que a veces llegó a ser cuasi-delirante.

Como ya he comentado, concibo el pensamiento onírico como una forma de pensamiento principalmente inconsciente, aunque opera conjuntamente con el pensamiento preconscious e inconsciente. La co-creación de la experiencia de “reverie” en sí, fue principalmente un fenómeno inconsciente, que creó imágenes preconscious e inconscientes, como el caso de los sueños que uno recuerda al despertarse. Al relacionar mi experiencia de “reverie” con la experiencia de la Sra. Q., estaba empleando principalmente el pensamiento consciente, el proceso secundario, pero creo que ese tipo de pensamiento habría resultado obsoleto y vacío si no hubiera hablado *desde* mi experiencia como participante en la “reverie”.

Un indicador importante para calificar el pensamiento realizado por la Sra. Q. y yo, como pensamiento onírico genuino o no, es el grado en el que facilitara el trabajo de ayudarle a la paciente a volverse más viva y responsiva a su experiencia en el mundo real, más capaz de aceptarse a sí misma tal como era, y más capaz de pensar y hablar de su experiencia consigo misma y conmigo. Me parece que el uso que hice de la experiencia de “reverie” para hablar con la Sra. Q. de *su* experiencia de perderse a sí misma, reflejaba un cambio psicológico en mí, es decir, el aumento de mi propia capacidad de contener la experiencia impensable/insoñable de la paciente, (como lo opuesto de evacuarla –por ejemplo, bajo la forma de una intervención reprobatoria).

El hecho de hablar con la Sra. Q. sobre su experiencia de perderse, contribuyó, eso creo, a que tuviera luego el sueño de las pelotas de tenis, un sueño en el que el pensamiento mágico le interesaba poco y hacía poco uso de él. Su crecimiento psicológico se reflejaba en su capacidad de soñar ese sueño, y en su mayor capacidad para hablar y pensar conmigo, y por supuesto con ella misma, sobre ello.

El tipo de pensamiento onírico que he descrito aquí requería de una especie de auto-reflexión en la que dibujé a mi propia experiencia, y mi concepción de la experiencia de la paciente, cada una en relación a la otra, es decir, hice uso de la experiencia de perderme a mí mismo, para hacer una deducción sobre la experiencia de la paciente de perderse a sí misma. Como se verá más adelante en este artículo, a veces el pensamiento onírico conlleva un cambio radical en la estructura del pensamiento del paciente y del analista. Esta forma de pensamiento onírico, a la que denomino *pensamiento transformativo*, puede precipitar lo que Bion (1970) llama el “cambio catastrófico” (p. 106), un cambio total, nada más ni nada menos.

EL PENSAMIENTO TRANSFORMATIVO

Se me ocurrió la idea del pensamiento transformativo en respuesta a un pasaje del Evangelio según San Juan [*en la traducción inglesa de King James*], mencionado en un ensayo de Seamus Heaney (1986). Trataré lo escrito en este pasaje como un texto literario, no como un texto religioso, y por lo tanto trataré a los personajes y los acontecimientos representados en la historia, no como expresiones de significado teológico, sino como expresiones de verdades emocionales creadas desde una forma particular de pensamiento. Transcribiré todo el pasaje:

Entonces los escribas y los fariseos le trajeron una mujer que fue sorprendida en adulterio; y poniéndola en medio le dijeron: “Maestro, esta mujer ha sido sorprendida en el acto mismo de adulterio. Y en la ley de Moisés, es legítimo apedrear a tales mujeres. Tú pues, ¿qué dices?”. Decían esto tentándole, para poder acusarle. Pero Jesús, inclinado hacia el suelo, escribía en la tierra con el dedo, como si no les hubiera oído. Entonces insistieron con la pregunta. Jesús, se enderezó y les dijo: “El que esté libre de pecado que sea el primero en arrojar una piedra contra ella”. E inclinándose de nuevo hacia el suelo, siguió escribiendo en la tierra. Y ellos, al oír esto, acusados por su conciencia, salían uno a uno, comenzando por los más viejos; y quedó Jesús solo con la mujer. Enderezándose, y no viendo a nadie sino a la mujer, le dijo: “Mujer, ¿dónde están los que te acusaban? ¿Ninguno te condenó?”. Y ella dijo: “Ninguno, Señor”. Entonces Jesús le dijo: “Ni yo te condeno; vete, y no peques más”.

[Evangelio de San Juan (8:3-11)]

En esta historia, Jesús se encuentra en una situación en la que una mujer ha sido sorprendida “en el mismo acto” del adulterio. Le preguntan si va a obedecer la Ley, la cual exige que sea apedreada, o la va a trasgredir deteniendo el apedreamiento que está a punto de ocurrir.

Jesús, en lugar de responder a la pregunta, “inclinado hacia el suelo, escribía en la tierra con el dedo, como si no les hubiera oído”. En vez de aceptar los términos, tal y como se presentaban –obedecer o transgredir-, abre un espacio psicológico para pensar, reflejado en el acto de escribir. Nunca se le dice al lector lo que ha escrito. El acto de Jesús de escribir en el suelo rompe con el movimiento de la acción, y al hacerlo, crea un espacio para pensar, tanto para los personajes de la historia, como para el lector oyente.

Cuando Jesús se pone de pie, no responde a la pregunta que le han hecho. Dice algo totalmente inesperado, y lo hace en las palabras más sencillas -una frase en la que todas menos dos son monosilábicas [en la traducción inglesa citada en el artículo original]: “El que esté libre de pecado que sea el primero en arrojar una piedra contra ella”. Jesús no aborda la pregunta de si va a obedecer o trasgredir la ley, y en su lugar plantea una pregunta totalmente diferente y altamente enigmática: ¿cómo se pone en juego la experiencia de la propia humanidad, que incluye los propios actos pecaminosos, al problema de responder al comportamiento de otra persona?

Además, el pasaje plantea la pregunta de si cualquier persona tiene el derecho de decidir sobre la culpabilidad de otra. Al final del pasaje, Jesús renuncia a cualquier intención de juzgar a la mujer: “Ni yo te condeno”.

Las últimas palabras del pasaje- “vete y no peques más”- son tiernas, a la vez que exigen un autoanálisis. El lenguaje mismo ha sido alterado: el significado de la palabra *pecado* ha sido radicalmente transformado en el curso de la historia, pero, ¿transformado en qué? ¿En relación a qué orden moral hay que definir el pecado? ¿Es esta mujer libre para cometer adulterio, si su propia moralidad no lo considera un pecado? ¿Son todos los sistemas de moralidad iguales en su capacidad de prescribir, proscribir, y calificar la manera en que los seres humanos se comportan en relación a sí mismos y a los demás?

Mi objetivo al hablar de este pasaje de literatura es el de transmitir lo que quiero decir por el pensamiento transformativo. Es una forma de pensamiento onírico que conlleva al

reconocimiento de las limitaciones de las categorías de significado actualmente consideradas como las únicas categorías, por ejemplo, obedecer la ley o transgredirla, y, en su lugar, crea categorías fundamentalmente nuevas y una manera radicalmente diferente de ordenar la experiencia, que había sido inimaginable hasta ese momento.

La historia bíblica que acabo de analizar constituye una de las narrativas más importantes, y una de las instancias más importantes del pensamiento transformativo de los últimos dos mil años. Indudablemente, habría quedado en el olvido hace mucho tiempo, si hubiera sido menos misteriosa, menos reducible a otros términos, por ejemplo, a los principios de una serie de leyes religiosas, para ser obedecidas o desobedecidas, o incluso a principios abstractos como: ninguna persona tiene el derecho de juzgar a otra. Si la historia meramente hubiera sustituido una elección binaria por otra, o hubiera introducido una prescripción nueva, el pensamiento logrado en lo escrito no habría sido de carácter transformativo y, no habría sobrevivido como narrativa influyente en la cultura occidental. La historia, como un poema, no puede analizarse en busca de significados unívocos.

Como psicoanalistas, pedimos a nuestros pacientes y a nosotros mismos nada menos que el pensamiento transformativo, y al mismo tiempo reconocemos lo difícil que es conseguirlo. Nuestro trabajo teórico y clínico se estanca si no participamos en ningún momento en el pensamiento transformativo. Es esta búsqueda del pensamiento transformativo lo que hace que el psicoanálisis sea una actividad subversiva, algo que transforma la configuración de las culturas intrapsíquicas, interpersonales y sociales, que viven en el paciente y el analista.

Cada uno de los teóricos más importantes del psicoanálisis del siglo XX, ha introducido su propia concepción de transformación -cambio en la manera de pensar y de experimentar la vida-, que es más central para el crecimiento psicológico. Para Freud (1900, 1909), es hacer consciente lo inconsciente, y más tarde (1923, 1926, 1933), el movimiento en la estructura psíquica del Ello al Yo, “donde era el Ello, el Yo debe advenir” [1933, p. 80]). Para Klein (1948,1952), la transformación crucial es el movimiento desde la posición esquizo-paranoide hacia la posición depresiva; para Bion (1962a) es un movimiento de una psique basada en la evacuación de la experiencia emocional perturbadora y no mentalizada, a una mentalidad en la que uno intenta pensar/soñar su propia experiencia, y más tarde (1965, 1970), un movimiento que va desde conocer la realidad de su experiencia (K), a convertirse en la verdad de la propia experiencia (O). Para Fairbairn (1944), la transformación terapéutica conlleva un movimiento desde una vida vivida en relación a los objetos internos, hacia una

vida vivida en relación a objetos externos reales. Para Winnicott (1971), lo crucial para la salud psicológica es la transformación psíquica que va desde la fantasía inconsciente, a la capacidad de vivir imaginativamente en un espacio intermedio entre la realidad y la fantasía.

Mi foco en esta sección del presente trabajo no radica en la utilidad clínica de cada una de estas concepciones de la transformación psíquica, sino en la naturaleza de los procesos de pensar y soñar, a nivel intrapsíquico e intersubjetivo, que median en esas transformaciones. Como se verá en la siguiente ilustración clínica, el logro del pensamiento transformativo no es necesariamente la experiencia de un descubrimiento repentino, un fenómeno “eureka”. Más bien, según mi experiencia, lo más habitual es que sea el resultado de años de trabajo analítico lento y cuidadoso, que promueva una capacidad creciente en la díada analítica para soñar aspectos de la experiencia del paciente, que previamente eran insoñables.

El pensamiento transformativo- pensamiento que cambia radicalmente los términos según los cuales uno ordena su experiencia- se ubica en un extremo del espectro de los diferentes grados de pensamientos capaces de generar cambios. El siguiente ejemplo clínico ha sido extraído del trabajo con una paciente que experimentaba un pensamiento psicótico, tanto antes de iniciar el análisis, como durante el curso del mismo. He elegido presentar mi trabajo con esta paciente porque el pensamiento transformativo requerido por parte de la paciente y mío, es más evidente y más llamativo que en la mayoría de mis pacientes sanos. Sin duda, hay que tener en cuenta que el pensamiento transformativo abarca todo el pensamiento, por lo tanto, es una dimensión de mi trabajo con el espectro completo de pacientes.

Una mujer que no era ella misma.

La Sra. R. se sentó rígidamente en su silla, incapaz de establecer contacto visual conmigo en nuestra primera sesión de consulta. Se vestía bien, pero de una manera que parecía artificial en su perfección. Para comenzar, comentó: “Le estoy haciendo perder el tiempo. No creo que lo que me pasa se pueda cambiar. No soy una persona que debiera estar en la consulta de un analista”. Le dije: “La primera cosa que quiere que sepa de Ud. es que no encaja en este lugar. Creo que me está advirtiendo que ambos lamentaremos haber tenido que ver el uno con el otro”

La Sra. R. respondió: “Correcto”. Después de un minuto, dijo: “Debería decirle una cosa sobre mí.” Le dije: “Lo puede hacer si quiere, pero ya me está diciendo mucho, a su manera, sobre quién siente que es, y sobre qué es lo que más le asusta”.

No dispongo de espacio suficiente para transcribir los primeros años del análisis. En resumen, la Sra. R. se sentía avergonzada de lo repulsiva que se veía; estaba continuamente preparada para que yo le dijera que se marchara. Mientras hablábamos de estos sentimientos, poco a poco empezaba a confiar más en mí. De manera muy modesta, la Sra. R. demostraba que era una persona muy inteligente, elocuente y agradable.

Hacia el final del tercer año de este análisis de cinco sesiones semanales, la Sra. R. dijo: “Hay algo que me da miedo decirle, por las dudas que me diga que estoy muy enferma para estar en análisis. Pero si no se lo digo, no va a poder ayudarme, así que se lo voy a contar”. Con la voz entrecortada, me dijo que cuando tenía treinta años había sufrido un “colapso nervioso” mientras viajaba por Europa. Estuvo un mes hospitalizada, período durante el cual tuvo una alucinación que duró varios días. “En ella, una cuerda me salía de la boca. Me resulta muy difícil decirlo, porque tengo miedo que me enrede de nuevo. Estaba aterrorizada, y una y otra vez tiraba de la cuerda para sacármela, pero la cuerda no tenía fin. Mientras tiraba, me daba cuenta de que mis órganos internos estaban pegados a la cuerda. Sabía que si no me sacaba la cuerda fuera de mí, moriría, pero también sabía que si seguía sacándome la cuerda, provocaría mi propio fin, ya que no podría sobrevivir sin mis propios órganos”. La Sra. R. dijo que había sentido una insoportable soledad durante su ingreso hospitalario, y que había estado consumida por pensamientos suicidas.

Los dos hablamos en detalle de su ingreso, de cómo había experimentado la alucinación, y de su miedo a que la alucinación me asustara y me alienara a mí, y le atrapara a ella. Me limité a poner mis propias palabras a lo que ella estaba contando, para así transmitirle que no estaba tan sola ahora como había estado en aquel momento. Me parecía que la alucinación fue un acontecimiento demasiado importante como para arriesgar cerrar o restringir el tema con interpretaciones prematuras.

La Sra. R. sentía también que yo tendría que saber más acerca de su propia infancia, para poder ayudarla. Dijo: “Sé que no he sido precisa a la hora de hablar de mi infancia y de mis padres. Estoy segura de que se ha dado cuenta, pero no me sentía con el valor suficiente para hacerlo, porque cuando pienso en ello me siento físicamente enferma. Tampoco quiero quedarme atrapada en eso”.

La Sra. R. dijo que, de niña, “adoraba” a su madre: “Tenía una belleza deslumbrante y una inteligencia extraordinaria, pero le temía tanto como la veneraba. Estudiaba su manera de andar, su manera de sostener la cabeza, la manera en que hablaba con sus amigos, con el

cartero, con el ama de llaves. Tenía un deseo desesperado de ser como ella, pero nunca podía hacerlo suficientemente bien. Me daba cuenta que ella pensaba que yo no cumplía con sus expectativas. No hacía falta que dijera nada. Era inequívoco en la frialdad de sus ojos y en su tono de voz”.

El padre de la paciente se encontraba muy ocupado con el negocio familiar, y estaba muy poco en casa. La Sra. R. recordaba estar tumbada en la cama, intentando no dormirse, con la esperanza de oír la voz de su padre o el sonido de sus movimientos por la casa cuando llegara. No se atrevía a levantarse de la cama, por miedo a disgustar a su madre, por miedo a “cansar a su padre tras un día largo de trabajo”, como lo expresaba su madre. Poco a poco, a medida que se iba haciendo mayor, se daba cuenta que su madre no toleraba compartir la atención de su padre. Incluso, le parecía que entre sus padres existía un acuerdo tácito, que él trabajaba todo el tiempo que quisiera y a cambio, su madre, llevaba su casa y la familia de la manera que quisiera.

Durante este periodo de trabajo analítico, la repugnancia visceral que la paciente había sentido toda la vida hacia sí misma como persona y hacia su cuerpo (particularmente hacia sus “excreciones femeninas”) devino tan intensa que evitaba, tanto como le fuera posible, estar cerca de otras personas, por temor a que sintieran repulsión por su olor.

Estar conmigo en la consulta le resultaba casi insoportable. Mientras hablaba de su “cuerpo repulsivo” en una de estas sesiones, me encontré pensando en un libro que estaba leyendo, en el que el narrador hablaba del olor que se aferraba a su cuerpo y a los cuerpos de los demás presos en el campo de concentración en el que había pasado más de un año. Pensé, en ese momento de la sesión, que sería mucho peor no estar ensuciado por ese olor que estarlo, porque el estar libre del olor significaría que uno era un perpetrador de esas atrocidades impensables. El olor terrible de un preso anulaba su identidad individual, pero por lo menos servía como señal del hecho de que no era uno de “ellos”.

Hablando conmigo sobre la repugnancia que sentía hacia sí misma y hacia su cuerpo, poco a poco la Sra. R. iba dándose cuenta de la profundidad y gravedad del rechazo que su madre había sentido hacia ella. “Era como si ser niña fuera una enfermedad de la que mi madre intentaba curarme. Recién ahora veo que el enseñarme cómo ser ‘una joven mujer culta’ fue una locura. Fui capaz de convencerme a mí misma de que eso era lo que hacían las madres. Aprendí yo sola a quitarme el acento [regional] con el que hablaban los otros niños”.

Cuando a la paciente le vino la regla a la edad de doce años, su madre le dejó una caja de compresas (Kotex) y una carta detallada sobre “cómo mantenerse limpia”. No se habló ni una palabra sobre el tema entre ellas. Cuando entró en la pubertad, la madre de la paciente se volvió significativamente más fría y reprobatoria.

Tras varios años, durante los cuales la paciente realizó un trabajo considerable en relación a poder entender lo que acabo de describir, comenzó a experimentar dolores en el lado izquierdo del abdomen, y se convenció que dicho dolor era síntoma de un cáncer. Se realizó varias pruebas médicas, sin identificarse ninguna causa fisiológica de dicho dolor, pero la paciente dijo: “No les creo. No confío en esas pruebas. No son médicos de verdad, son investigadores, no médicos”. Entonces, por primera vez en el análisis, sollozó profundamente.

Luego de unos minutos, dije: “Es aterrador sentir que los médicos no son médicos de verdad. Ha puesto su vida en sus manos. Pero ésta no es una experiencia nueva para Ud. Creo que sentía que no tenía una madre de verdad, y su vida estaba completamente en sus manos. De la misma manera que se siente un conejillo de Indias para la investigación de los así llamados médicos, creo que así se sentía, que era meramente un personaje en la vida interna de su madre.”³

³(Pensé también que la Sra. R. me experimentaba inconscientemente como otro médico que la utilizaba para mis propios objetivos- quizás utilizándola como tema de una conferencia o un artículo- pero tomé la decisión de esperar a hablar con ella sobre ese aspecto de lo que intuía que estaba ocurriendo en la transferencia-contratransferencia, hasta tal momento que esa serie de pensamientos y sentimientos se acercara más a su experiencia consciente. En ese momento una interpretación transferencial de ese tipo, hubiera sido experimentada como una sustitución de mi historia por la suya).

La Sra. R. me escuchó atentamente, pero no respondió con palabras a estos comentarios. Sus sollozos iban remitiendo y la tensión en su cuerpo disminuyó visiblemente mientras estaba tumbada en el diván.

Los meses siguientes en la vida de la Sra. R., tanto dentro como fuera del análisis, fueron de profundo tormento. Durante este período, de nuevo estuvo preocupada por la alucinación de la cuerda. La paciente dijo que seguía experimentando la sensación física de tener a su madre, que ahora se había vuelto indistinguible de la cuerda, dentro de ella, aunque la experiencia sensorial ya no tenía la realidad tan directa de una alucinación. La Sra. R. llegó a ver su miedo y convicción de que hubiera un cáncer creciendo dentro de ella, como una nueva versión de la alucinación de la cuerda.

También, en este punto del análisis, la Sra. R. comenzó a corregir los errores gramaticales que yo cometía- por ejemplo, cuando decía, “people that” en vez de “people who” [Nota del traductor: *Se han dejado estas dos frases en el inglés original, ya que en castellano no existe una distinción equivalente; se puede traducir ambas como “la gente que”*], o cuando utilizaba el subjuntivo de forma incorrecta. Hacía sus correcciones de manera sutil, repitiendo la esencia de mi frase, pero con el error corregido. No estoy seguro si la paciente se daba cuenta que lo hacía. La Sra. R. se quejaba abiertamente sobre la manera en que los presentadores de los telediarios y el *New York Times* “masacraban la lengua inglesa”. Yo me sentía cohibido frente a lo que yo mismo decía, hasta el punto de sentirme torpe y limitado en mi capacidad de hablar de manera espontánea. Fui capaz, con el paso del tiempo, de entender lo que estaba pasando, como una manera en la que la paciente me obligaba, inconscientemente, a experimentar algo de lo que ella sentía al tener a su arrogante madre dentro de ella.

En una sesión en la que la Sra. R. se sentía sin esperanzas de poder liberarse de la presencia interna, física y emocional de su madre, le dije: “Creo que hoy, casi tan intensamente como cuando tuvo la alucinación de la cuerda, siente que puede elegir entre dos posibilidades: puede intentar sacarse la cuerda -pero eso requiere sacar sus partes internas y también las de su madre-, lo cual las mataría a las dos; o, puede elegir no tirar de la cuerda, lo cual significaría renunciar la última oportunidad para sacarla de dentro de Ud., y convertirse en alguien distinto de ella”.

Mientras hablaba, tuve una sensación fuerte de salir de un estado psíquico en el que había sentido que la Sra. R. me llevaba de una manera estranguladora. Algo muy nuevo, y muy bienvenido, estaba ocurriendo entre los dos en aquel momento de la sesión, aunque no podía expresarlo ni en palabras ni en imágenes, ni para mí ni para la paciente.

La Sra. R. dijo: “Mientras Ud. hablaba me acordé de algo que me atormentaba cuando iba al Instituto. Vivía en un mundo de inminentes desastres, por ejemplo, en la gasolinera tenía que predecir cuánta gasolina iba a caber en el coche. Estaba convencida que si me equivocaba, se moriría mi madre o mi padre. Pero, lo peor de todo, había una pregunta que no me podía quitar de la cabeza, -no he pensado en esto desde hace años-, y la pregunta era: si mi familia y yo estuviéramos en un barco que se estaba hundiendo, y todos fueran a ahogarse a menos que a alguien se le tirara al agua, y me tocara a mí decidir a quién se iba a tirar, ¿a quién elegiría? Sabía inmediatamente que me elegiría a mí misma, pero esa

respuesta era una “respuesta equivocada”, porque las reglas de ese juego no la permitían. Así que volvía a preguntarme de nuevo la misma pregunta y continuaba una vez tras otra, durante meses”.

Dije: “De niña, era demasiado pequeña para entender que lo equivocado, o lo prohibido por las reglas, no era la respuesta que se le ocurría: tirarse Ud. al agua; lo equivocado era el hecho mismo de hacerse la pregunta, en el sentido de que había algo terrible que estaba ocurriendo en su vida y en la de su familia. Creo que ha sentido prácticamente durante cada momento de su vida, desde pequeña, que tiene que decidir a quién matar, a Ud. o a su madre”.

La Sra. R. contestó: “De niña era demasiado horrible -imposible- permitirme a mí misma saber nada de esto, ha estado en mí como un sentimiento, pero no tenía las palabras para expresarlo. Sentía que ella era todo. Sabía que si la sacaba de mí, la mataba, y no quería eso, pero tenía que sacarla fuera, yo no quería morirme. Estoy tan confundida. Me siento como si estuviera en un laberinto y no hay salida. Tengo que salir de aquí. No creo que pueda quedarme”. Le dije: “La primera cosa que quería que yo supiera sobre Ud. en nuestro encuentro inicial, fue que Ud. y yo no deberíamos estar juntos aquí. Ahora me doy cuenta de que, a pesar del hecho de que no lo podía expresar en palabras, estaba intentando protegernos a los dos de Ud. misma. Si me deja ayudarla, estaré dentro de Ud. y tendrá que matar a uno de nosotros o a los dos. De pequeña, estaba sola, pero ahora eso ya no es más así”.

La Sra. R. dijo: “Hay veces que estoy aquí, y sé que existe un mundo hecho de manera diferente a aquél en el que yo he estado viviendo. Me da vergüenza decir esto- noto que me estoy ruborizando- pero es un mundo en el que Ud. y yo hablamos así. Siento haberlo dicho porque no quiero ojarlo. Ahora me siento como si fuera una niña pequeña. Olvídelo”. Le dije: “Su secreto está a salvo conmigo”. Le había cogido mucho cariño a la Sra. R. a estas alturas del análisis, y ella lo sabía.

Sólo fue en este momento, con la ayuda de la paciente- al decirme que se sentía como una niña pequeña- que fui capaz de expresar en palabras para mí, algo de las emociones que había sentido en la parte anterior de la sesión, y que ahora, estaba sintiendo con una intensidad mucho mayor. Estaba experimentando a la Sra. R. como si fuera la hija que nunca tuve, una hija con quien estaba sintiendo una especie de ternura y una especie de pérdida (a medida que crece), que es única de ese lazo entre padre e hija. Esto no fue

simplemente un pensamiento nuevo, fue una manera nueva de experimentarme a mí mismo y a la Sra. R.; fue una forma de sentirme vivo simultáneamente de una manera amorosa y triste a la vez, nueva para mí.

En la siguiente sesión, la Sra. R. dijo: “Anoche dormí más profundamente de lo que he dormido en muchísimo tiempo. Fue como si el espacio se hubiera abierto en todos los caminos, incluso en el dormir”.

A medida que el análisis progresaba, la Sra. R. era capaz de experimentar distintos tipos de sentimiento y cualidades de las relaciones humanas, nuevas para ella. “Toda la vida he escuchado a la gente utilizando la palabra ‘bondad’, pero no tenía ni idea de lo que significaba la palabra. Sabía que nunca había experimentado ese sentimiento del que hablaban. Ahora sé cómo se siente la bondad. Puedo sentir su bondad hacia mí. Llora cuando veo a una madre sujetando tiernamente a su bebé en sus brazos, o cogiéndole de la mano mientras caminan”. Dijo que lloraba porque ahora podía sentir cuán poca bondad se le había mostrado de pequeña. Pero más importante, creía, era la terrible tristeza que sentía sobre el hecho de haberles mostrado tan poca bondad a sus propios hijos. La Sra. R. había hablado de sus hijos en el análisis, solo ocasionalmente, a pesar del hecho de que cada uno de ellos tenía diferentes dificultades emocionales.

Con el paso del tiempo, el cambio psicológico-interpersonal que he descrito, se volvió estable para la Sra. R., como manera de ser y percibir. La estabilidad del cambio se refleja en el siguiente sueño: “Estaba volviendo a casa de algún sitio y descubrí que había entrado gente en mi casa. Había mucha gente, y estaban en cada habitación, cocinando en la cocina, viendo la tele en el salón, estaban en todas partes, y me sentí furiosa, y les grité: ‘¡Salid de aquí, joder! [No le había oído decir a la Sra. R. nunca una palabrota]. Ésta es mi casa, no tenéis derecho a estar aquí!’. Me sentí bien al despertarme. En el sueño no tenía miedo a esa gente que había invadido mi casa, estaba furiosa”.

Le dije: “La casa es el sitio donde vive, un sitio que es suyo, único y exclusivo”. La Sra. R. y yo hablamos de la manera en que el sueño reflejaba su capacidad creciente para reclamar con firmeza un sitio en el que vivir, totalmente suyo, un sitio donde no necesitara elegir entre matarse a sí misma, o matar a alguien que lo está ocupando. “En el sueño, la gente que había entrado en mi casa no iban a morir si los echaba, simplemente tendrían que encontrar otro sitio para vivir”.

La Sra. R. había estado viviendo en un mundo psicótico, generado por su madre, con la ayuda de su padre, un mundo en el que la paciente, en cada momento, sentía inconscientemente que tenía que elegir entre matarse a sí misma, siendo una proyección de los sentimientos de su madre sobre su propia repugnancia, o matar a su madre, insistiendo en convertirse en una persona por derecho propio, aunque fuera una persona que no tuviera madre, ni tampoco tuviera un mundo con significado para ella.

El pensamiento que yo considero pensamiento transformativo en mi trabajo con la Sra. R., fue el pensamiento que la paciente y yo realizamos juntos en el curso de años de análisis, pensamiento que finalmente facilitó una transformación radical de la manera en que la paciente y yo ordenábamos la experiencia, creando una configuración que transcendía los términos del mundo emocional en el que ella y yo habíamos vivido. La Sra. R., con esta manera nueva de generar y ordenar la experiencia, era capaz de sentir sentimientos como la bondad, el amor, la ternura, la tristeza, los cuales hasta ese punto habían sido meras palabras utilizadas por los demás para referirse a sentimientos que ella nunca había podido sentir. La intimidad y cariño que ahora podíamos sentir la Sra. R. y yo, estaban vivos para ambos cuando habló de un mundo en el que “Ud. y yo hablamos así”. Incluso el uso de la Sra. R. de las palabras “Ud. y yo”, en lugar de “nosotros”, transmitió una sensación de separación amorosa, en lugar de una unión que envuelve y aniquila. Esa diferencia tan sencilla en el uso del lenguaje comunica la transformación radical en el pensamiento y la forma de ser de la paciente.

Los términos emocionales fundamentalmente nuevos que se crearon, no se derivaban de un sentimiento de odio hacia sí misma y una dependencia mutua patológica, sino del deseo y de la necesidad de la Sra. R. de ser una persona por derecho propio, una persona capaz de dar y recibir una forma de amor que antes no sabía que existía. Es un amor que, paradójicamente, disfruta con, y coge fuerza de la separación, del hecho de que el otro sea una persona distinta. La separación, en esta nueva serie de términos emocionales, en esta manera nueva de estar vivo, no da pie a intentos tiránicos de incorporar o estar incorporado por la otra persona; sino que genera una apreciación genuina de la sorpresa, la alegría, la tristeza, y el miedo tolerable, derivado del conocimiento de la independencia de uno mismo y de la otra persona.

Mientras que creo que el pensamiento transformativo en este relato clínico fue fruto del trabajo con la Sra. R. en su totalidad, también creo que hubo momentos en el trabajo

durante los cuales sentí que la Sra. R. y yo nos involucramos en algo diferente al pensamiento onírico “común”. Por ejemplo, como he descrito, un momento de este tipo ocurrió en una sesión mientras hablaba a la paciente sobre su falta de esperanzas en relación a la posibilidad de liberarse de la necesidad de tomar una decisión imposible: ¿a quién matar, a sí misma o a su madre? Aunque pude sentir que estaba ocurriendo un cambio importante en ese punto, no fui capaz de poner en palabras, ni aclararme yo mismo, sobre lo que sentía. A medida que la sesión continuaba -una sesión de mucho trabajo psicológico- la paciente, inconscientemente, me ayudó a darme cuenta de que la había llegado a experimentar tierna y tristemente, como la hija que nunca tuve y nunca tendría. Paradójicamente, en el mismo acto de volverme consciente de aquel vacío dentro de mí, estaba experimentando con la Sra. R. sentimientos de amor y pérdida –separación-, como si fuéramos padre e hija, lo que para mí, y creo que para la Sra. R., constituyó una manera nueva de estar con uno mismo y con otra persona.

Este pensamiento transformativo fue inseparable de otro nivel de pensamiento transformativo en el cual la paciente y yo estuvimos involucrados durante esta sesión: el llegar a sentir y comprender, con una intensa profundidad psicológica, su auto-encarcelamiento en un mundo vivido casi exclusivamente en términos del dilema consistente en que volverse una persona distinta de su madre, requería o el homicidio o el suicidio. La paciente pudo empezar a sentir y a entender, de una manera profunda su propio encarcelamiento. Pudo empezar a sentir la separación, llegar a ser una persona con derecho propio, no ya como un acto de homicidio, sino como un acto de crear un lugar dentro de sí misma -y entre ella y yo-, un lugar en el que podía experimentar un algo que previamente era inconcebible, quién era y en quién se estaba convirtiendo.

COMENTARIOS FINALES

El cambio de énfasis en el psicoanálisis contemporáneo, de un énfasis en *qué* piensa el paciente, a un énfasis en *la manera en que* piensa, ha cambiado, creo, de manera significativa, el modo en que nosotros, como analistas, abordamos nuestro trabajo clínico.

He hablado de tres formas de pensamiento que figuran principalmente en las viñetas de los dos análisis que he presentado. La primera de estas formas de pensamiento -el pensamiento mágico-, es pensamiento sólo de nombre, en lugar de generar el cambio psíquico genuino, subvierte el pensamiento y el crecimiento psicológico, al sustituir una realidad que puede ser perturbadora por una realidad que es inventada. El proceso de

fantasear de una forma omnipotente, que subyace al pensamiento mágico, contribuye no sólo a preservar la estructura actual del mundo inconsciente de objetos internos, sino también a limitar la posibilidad de aprender de la experiencia de los objetos externos reales.

Por el contrario, el pensamiento onírico es nuestra forma de pensamiento más profunda. Conlleva el ver y procesar la experiencia simultáneamente desde una multiplicidad de puntos de vista, que incluyen las perspectivas del pensamiento del proceso primario y secundario; del continente y el contenido; de las posiciones esquizo-paranoide, depresiva y autista-contigua; de lo mágico y lo real; del self maduro y el self infantil; etc.. A diferencia del pensamiento mágico, el pensamiento onírico sirve en el sentido que facilita el crecimiento psicológico genuino. Mientras que el pensamiento onírico puede ser generado por un individuo solo, siempre existe un punto más allá del cual hacen falta dos (o más) personas para pensar/soñar la experiencia emocional mas perturbadora.

El pensamiento transformativo es una forma de pensamiento onírico en el cual uno consigue un cambio psicológico radical, un movimiento psicológico desde la configuración conceptual/experimental actual hacia un orden nuevo y previamente inimaginable de la experiencia. Este movimiento crea la potencialidad de generar diferentes tipos de sentimientos, maneras distintas de relacionarse con los objetos, y cualidades de estar vivo, que el individuo nunca había experimentado antes. Esta clase de pensamiento siempre requiere las mentes de por lo menos dos personas, dado que un individuo aislado no puede cambiar de manera radical las categorías del significado según las cuales ordena su experiencia.

Referencias:

Barros, E. M. & Barros, E. L. (2008). Reflections on the clinical implications of symbolism in dream life. Presented to the Brazilian Psychoanalytic Society of São Paulo, August.

Bion, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic and non-psychotic personalities. In *Second Thoughts*. New York: Aronson, 1967, pp. 43-64.

——— (1959). *Experiences in Groups and Other Papers*. New York: Basic Books.

- (1962a). Learning from Experience. In *Seven Servants*. New York: Aronson, 1977.
- (1962b). A theory of thinking. In *Second Thoughts*. New York: Aronson, 1967, pp. 110-119.
- (1965). Transformations. In *Seven Servants*. New York: Aronson, 1977.
- (1970). Attention and Interpretation. In *Seven Servants*. New York: Aronson, 1977.
- (1987). Clinical seminars. In *Clinical Seminars and Other Works*, ed. F. Bion. London: Karnac, pp. 1-240.
- de M'Uzan, M. (1984). Les enclaves de la quantité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 30:129-138.
- (2003). Slaves of quantity (trans. R. B. Simpson). *Psychoanal. Q.*, 72:711-725.
- Fairbairn, W. R. D. (1944). Endopsychic structure considered in terms of object relationships. In *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge/Kegan Paul, 1952, pp. 82-136.
- Ferro, A. (1999). *The Bi-Personal Field: Experiences in Child Analysis*. London: Routledge.
- Freud, S. (1900). The Interpretation of Dreams. *S. E.*, 4/5.
- (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. *S. E.*, 10.
- (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. *S. E.*, 12
- (1913). Totem and Taboo. *S. E.*, 13.
- (1923) The Ego and the Id. *S. E.*, 19.
- (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *S. E.*, 20.

- (1933). *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. S. E., 22.
- Gaddini, E. (1969). On imitation. *Int. J. Psychoanal.*, 50:75-484.
- Grotstein, J. S. (2000). *Who Is the Dreamer Who Dreams the Dream? A Study of Psychic Presences*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2001). Personal communication.
- (2009). Dreaming as a “curtain of illusion”: revisiting the “royal road” with Bion as our guide. *Int. J. Psychoanal.*, 90:733-752.
- Heaney, S. (1986). The government of the tongue. In *The Government of the Tongue: Selected Prose, 1978–1987*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1988, pp. 91-108.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In *Contributions to Psycho-Analysis, 1921–1945*. London: Hogarth, 1968, pp. 282-310.
- (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963*. New York: Delacorte, 1975, pp. 1-24.
- (1948). On the theory of anxiety and guilt. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963*. New York: Delacorte, 1975, pp. 25-32.
- (1952). The mutual influences in the development of ego and id. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946–1963*. New York: Delacorte, 1975, pp. 57-60.
- McDougall, J. (1984). The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. *Psychoanal. Q.*, 53:386-409.
- Ogden, T. H. (1989). On the concept of an autistic-contiguous position. *Int. J.*

- Psychoanal.*, 70:127-140.
- (1994a). The analytic third—working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75:3-20.
- (1994b). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson; London: Karnac.
- (1997a). Reverie and interpretation. *Psychoanal. Q.*, 66:567-595.
- (1997b). *Reverie and Interpretation: Sensing Something Human*. Northvale, NJ: Aronson; London: Karnac.
- (2004a). On holding and containing, being and dreaming. *Int. J. Psychoanal.*, 85:1349-1364.
- (2004b). This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int. J. Psychoanal.*, 85:857-877.
- (2005). *This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*. London: Routledge.
- (2010). Why read Fairbairn? *Int. J. Psychoanal.*, 91:101-118.
- Pontalis, J.-M. (2003). *Windows*, trans. A. Quinney. Lincoln, NB/ London: Univ. of Nebraska Press.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- Sandler, J. (1976). Dreams, unconscious fantasies and “identity of perception.” *Int. J. Psychoanal.*, 3:33-42.
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*. Boston, MA: Routledge/Kegan Paul.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1975, pp. 300-305.
- (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.

(*) Supervisor y analista didacta en el Institute of Northern California

Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional

Director del Centro para el estudio avanzado de las psicosis.

Ha ganado en el año 2004 el premio otorgado por el International Journal of Psychoanalysis para el trabajo más importante del año, y en 2010 el premio Haskell Norman por su labor como psicoanalista clínico, como teórico y como docente.

Es reconocido internacionalmente como uno de los pensadores psicoanalíticos más creativos de la actualidad.

Ha escrito múltiples trabajos y una serie de libros, algunos de los cuales son:

The Primitive Edge of Experience; Conversations at the Frontier of Dreaming; Matrix of the mind; This art of psychoanalysis; Subjects of analysis, etc.