

VÍCTOR LUIS GUEDÁN PÉCKER  
JUAN IGNACIO MORERA DE GUIJARRO

**LAS SENDAS DEL DESEO**  
**LECCIONES DE PSICOANÁLISIS**

BIBLIOTECA NUEVA

31884

*Gu  
mlmg*

BF  
109  
5944  
2005

LIBRO DEL DESHO  
BIBLIOTECA NUEVA

© Víctor Luis Guedán Pécker y Juan Ignacio Morera de Guijarro, 2005  
© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2005  
Almagro, 38  
28010 Madrid  
www.bibliotecanueva.es

ISBN: 84-9742-502-2  
Depósito Legal: M-49.009-2005

Impreso en Top Printer Plus  
Impreso en España - Printed in Spain

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y siguientes Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

318954

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN ..... 13

### Primera parte EL PSICOANÁLISIS SEGÚN FREUD

I. SIGMUND FREUD: APUNTES BIOGRÁFICOS DE SUS PRIMEROS AÑOS DE VIDA..... 19

1. Dos enfoques: histórico y sistemático ..... 19
2. Relevancia teórica de la infancia de Freud ..... 20
3. El contexto histórico ..... 22
4. Los 'felices' primeros años (1856-1859) ..... 23
5. La experiencia edípica ..... 26
6. Infancia y adolescencia en Viena (1860-1881).... 29

II. LOS AÑOS DE FORMACIÓN ..... 33

1. Elegir una profesión: Freud y la filosofía (1873-1881)..... 33
2. Formación investigadora de Freud (1876-1882) ... 37
3. Compromiso matrimonial y contexto social (1882-1886) ..... 40
4. Formación clínica (1882-1885) ..... 43
5. Regreso a Viena: Freud y la profesión médica (1886) ..... 46

III. LOS MÚLTIPLES SENTIDOS DE LA PALABRA 'PSICOANÁLISIS'.... 49

1. Evolución y desarrollo del psicoanálisis ..... 50
2. Las tres significaciones actuales de la palabra 'psicoanálisis' ..... 56

## LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

Si bien la regla que caracteriza de modo más original la terapia psicoanalítica es la libre asociación de ideas, dicha terapia excede con mucho su mera aplicación. En este capítulo se analizarán ciertos aspectos particulares de la técnica psicoanalítica, que poseen relevancia teórica y clínica.

### 1. FORMACIÓN DEL ANALISTA Y ESTATUS PROFESIONAL

Una vez convertido el psicoanálisis en una técnica terapéutica nueva y difícil de ejercitar, es natural que Sigmund Freud se preocupara pronto del problema de la formación que habrían de recibir los futuros analistas. Varios eran los asuntos que se plantearon, en este sentido, y que tardaron en recibir una respuesta más o menos unitaria en el seno de la comunidad psicoanalítica; pues, aproximadamente, hasta el congreso celebrado en 1925 por la Asociación Psicoanalítica Internacional (en el futuro, la citaremos por su acrónimo inglés, IPA), no se consagró como canónico un determinado modelo de formación.

Uno de los temas más polémicos consistía en establecer si los candidatos a psicoanalistas debían poseer, con anterioridad, la titulación como médicos psiquiatras. Las opiniones estaban divididas y Freud expuso con franqueza y claridad su posición al respecto. A su juicio, debía aceptarse, en principio, que el psicoanálisis pudiera ser enseñado en la Universidad y ejercido por médicos; pero reconociendo, al tiempo, la legitimidad del *análisis profano*; es decir, del psicoanálisis ejercido por ana-

listas ajenos a la profesión médica, siempre y cuando se garantizase una formación psicoanalítica adecuada para ellos. Esa independencia entre medicina y psicoanálisis estaría justificada, entre otras cosas, por el distinto enfoque que representan una y otro, acerca de la enfermedad y de sus síntomas. Y es que, mientras la medicina puede llegar a interpretar la desaparición de síntomas como señal de curación, el psicoanálisis tiende a suponer que esa ausencia de síntomas, si es provocada, por ejemplo, por el uso de fármacos, no supone necesariamente la destrucción de las auténticas causas patógenas; de manera que éstas terminarán por aflorar otra vez, de una u otra forma. Así pues, la verdadera curación estaría más allá de los esfuerzos de la ciencia médica, y, en cierto sentido, al margen de ella.

Sin embargo, la influyente Asociación Psicoanalítica Americana se alineó en contra de esta postura pública de Freud; y, durante un tiempo, consiguió imponer en la IPA la exigencia de que los aspirantes a psicoanalista hubieran recibido previamente formación médica. El asunto no quedó, sin embargo, zanjado definitivamente; y el debate entre los partidarios y los detractores del análisis profano se prolongó hasta los años 50. En esa década, por fin, la IPA fue capaz de alcanzar un acuerdo en su seno, por el cual, y de manera general, se establecía un criterio propio para la capacitación y el ejercicio del psicoanálisis, en el que no constaba como prerrequisito la titulación médica. Ello era compatible, sin embargo, con que algunas asociaciones psicoanalíticas mantuvieran requisitos más estrictos, entre los que podía estar el de dicha titulación como condición necesaria. Tal es la situación que, *grosso modo*, permanece en la actualidad.

En términos generales, el futuro analista debe recibir una formación que aborde tres aspectos distintos:

- Debe ser formado en el *conocimiento de la teoría psicoanalítica*, a través, preferentemente, de la lectura de los textos clásicos que la han configurado a lo largo del tiempo.
- Tendrá que psicoanalizarse, sometiéndose a un *psicoanálisis didáctico*.

- Finalmente, deberá permitir la *supervisión* de algunos de sus primeros casos clínicos, por parte de otro analista. Este procedimiento se conoce también como *análisis de control*.

En principio, no hay una diferencia esencial entre un psicoanálisis normal y un psicoanálisis didáctico; como no sea que en este segundo caso se procura ir más allá de la mejoría de posibles trastornos neuróticos, y se intenta profundizar en la comprensión de la estructura psicológica del analizante. Se trata, pues, de una mera diferencia de grado. Y es que, precisamente, la razón de ser del psicoanálisis didáctico —recomendado, antes que nadie, por Carl Jung— no es sólo que el futuro analista experimente en sí mismo la técnica terapéutica que habrá de ejercer en el futuro; sino que obedece, además, al hecho de que a lo largo de su vida profesional habrá de enfrentarse a situaciones delicadas, ligadas al fenómeno de la transferencia, que exigirán de él un serio conocimiento de sí mismo.

Algunas asociaciones psicoanalíticas tienen encomendada esta tarea del psicoanálisis didáctico a analistas de probada experiencia: los llamados *didactas*. Bien entendido que, al no existir una diferencia, en cuanto a los procedimientos puestos en práctica, entre un psicoanálisis terapéutico y un psicoanálisis didáctico, sólo al final del proceso analítico se podrá saber si se ha realizado, en verdad, el segundo.

Por lo que respecta a la supervisión, se trata de una salvaguarda dirigida, en principio, a que un profesional consagrado certifique la capacidad profesional del psicoanalista novel, viendo cómo se desenvuelve en la tarea clínica; pero, al mismo tiempo, es una condición que pretende que el psicoanalista inexperto pueda observar directamente el modo de proceder de un analista experimentado, beneficiándose, así, del contacto con esa experiencia.

En algunas tendencias psicoanalíticas, sin embargo, se considera que la supervisión resulta un mecanismo de control que puede ahogar la iniciativa del nuevo analista; de manera que se renuncia a exigirlo como condición necesaria para alcanzar la capacitación profesional (tal es el caso, por ejemplo, de los seguidores de Jacques Lacan).

## 2. VIRTUALIDAD TERAPÉUTICA DEL PSICOANÁLISIS

A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX se intentaron varios criterios para la clasificación de los distintos tipos de enfermedades mentales, con objeto de dilucidar las causas que las provocaban (su *etiología*) y de establecer los modos de tratamiento más adecuados, en cada caso. Se trataba de un esfuerzo del que participaba el psicoanálisis; porque si bien la técnica psicoanalítica había tenido su origen en el tratamiento de un tipo específico de enfermedades mentales— las *histerias*—, cabía preguntarse, desde luego, acerca de la aplicabilidad de dicha técnica a otros trastornos.

En verdad, Freud nunca llegó a establecer una clasificación acabada y totalmente convincente de los trastornos y enfermedades mentales; pero sus reflexiones al respecto poseen un gran valor. Para empezar, fue dándose cuenta —no sin dificultades provocadas por el mecanicismo que profesaba en sus primeros años de investigador— de la necesidad de diferenciar entre dos tipos muy diferentes de enfermedad mental:

- Las enfermedades mentales que parecen ser consecuencia de algún tipo de alteración orgánica;
- Las *enfermedades mentales funcionales*; es decir, en las que la causa no parece ser una alteración orgánica, sino, en todo caso, el mal funcionamiento de algún órgano sano.

En principio, el psicoanálisis, en tanto que *cura por la palabra*, sólo sería eficaz terapéuticamente si es aplicado a los trastornos funcionales; porque es obvio que carece de poder para curar alteraciones orgánicas. La cuestión estaría, pues, en distinguir unos tipos de enfermedad de los otros. Si bien Freud, a lo largo de su vida, modificó una y otra vez su clasificación de las enfermedades mentales, vamos a proponer aquí una ordenación de las mismas, que se correspondería, en gran medida, a las que fueron sus últimas ideas al respecto. Para empezar, diferenciando cuatro grandes grupos de trastornos y enfermedades mentales, tal y como indicamos en el esquema V.1:

## ESQUEMA V.1.—Grupos de enfermedades mentales

<b>Psicosis</b>	Trastornos mentales que implican angustia generalizada, pérdida del sentido de la realidad y, a menudo, conductas agresivas autoprotectoras.
<b>(Casos límite)</b>	Conductas no fácilmente encuadrables ni como psicosis ni como neurosis.
<b>Neurosis</b>	Trastornos mentales de los que el sujeto es consciente, que producen en él ansiedad y sufrimiento, pero que no afectan a las funciones mentales esenciales ni a su sentido de la realidad.
<b>Aberraciones</b>	Conductas caracterizadas por su repetitividad, su violencia y un ejercicio anormal de la sexualidad (en especial, dirigida hacia lo infantil).

Con respecto a las aberraciones y sus tipos, dedicaremos un apartado completo en el capítulo X (apartado X.2). Y por lo que se refiere a los casos límite —también denominados *border line*—, su consideración psicoanalítica ha sido posterior a la obra de Freud (razón por la que los hemos señalado en el esquema V.1, entre paréntesis). Nos centraremos aquí, pues, en las neurosis y las psicosis.

Ahora bien, dentro del grupo de las neurosis, Freud aceptó una gran subdivisión entre neurosis actuales y psiconeurosis de defensa; y procuró encajar en uno u otro todas las formas de trastorno neurótico; tal y como indicamos en el esquema V.2.

A la vista de ese cuadro, puede señalarse que Freud empezó considerando la terapia psicoanalítica sólo adecuada para tratar ciertos tipos de psiconeurosis de defensa; aunque, según iba evolucionando su concepción teórica de la psique humana, creyó posible ir extendiendo los valores de dicha terapia al cuidado de otras formas de trastorno mental.

Por lo que se refiere a las psicosis, Freud distinguió tres formas de enfermedad, tal y como señalamos en el esquema V.3. Su abordaje mediante la terapia psicoanalítica era algo que consideraba, inicialmente, imposible. Por una parte, porque es evidente que, en muchas ocasiones, tales enfermedades están

ligadas a trastornos del sistema nervioso. Por otra, porque aún en aquellos casos en que pudiera tratarse de enfermedades funcionales, su gravedad es tal, que sitúa al paciente en unas condiciones absolutamente inadecuadas para hacer frente a la terapia. Y es que el psicoanálisis, por el tiempo que se necesita para que su aplicación dé frutos, no puede ser aplicado a enfermedades en que se requiera una desaparición inmediata de los síntomas, ante las serias amenazas de destrucción inminente de la psique. Mientras que, en virtud de su naturaleza de cura por la palabra, la terapia psicoanalítica necesita, además, de pacientes que posean un cierto grado de inteligencia y de lucidez que parecen ausentes del psicótico.

## ESQUEMA V.2.—Tipos de neurosis

<b>Neurosis actuales</b>	Originadas por tensiones psicológicas excesivas, acaecidas en el presente y, a menudo, de naturaleza sexual.
<b>Neurastenia</b>	Producida por una actividad vital demasiado intensa, que impide una descarga adecuada de la tensión. Se traduce en fatiga y desgana sexual.
<b>Neurosis de angustia</b>	Producida por la inhibición de toda descarga de la tensión. Se traduce en angustia.
<b>Hipocondría</b>	Obsesión enfermiza por el padecimiento de trastornos físicos imaginarios. A veces es el primer paso hacia las psiconeurosis.
<b>Psiconeurosis de defensa</b>	Originadas por reminiscencias de vivencias traumáticas infantiles, de cariz sexual ( <b>neurosis infantil</b> ).
<b>Histeria de conversión</b>	Los síntomas son trastornos corporales, en que se han 'convertido' las tensiones psíquicas.
<b>Histeria de angustia (o neurosis fóbica)</b>	Los síntomas son reacciones fóbicas ante aquello que simboliza lo que se desea 'demasiado'.
<b>Neurosis obsesiva</b>	Los síntomas en que se traducen las reminiscencias son obsesiones.

De todas maneras, el contacto de Freud con Carl Jung —quien era mucho más experimentado en el tratamiento de la psicosis— influyó en un paulatino cambio en su escepticismo inicial; hasta alcanzar la convicción final de que el psicoanálisis podía ser una herramienta importante, tanto en la interpretación de la etiología de muchas formas de psicosis, como en el tratamiento de las mismas. Siguiendo esa senda, algunas personalidades de primera fila en la historia del psicoanálisis —como, por ejemplo, Melanie Klein— centraron parte de sus esfuerzos en el tratamiento de estas graves enfermedades; del mismo modo que algunos otros procuraron hacer otro tanto con los *casos límite*. De todo ello daremos cuenta, con más detalle, en el capítulo XIV.

## ESQUEMA V.3.—Tipos de psicosis

<b>Paranoia</b>	Trastorno que produce delirios (de persecución, de grandeza, erotomanía...), sin que ello suponga deterioro intelectual alguno y en los que se da un alto grado de interpretación.
<b>Esquizofrenia (demencia precoz)</b>	Escisión de la personalidad. Aparición de construcciones delirantes que repliegan al sujeto fuera del mundo (autismo). Debilitamiento intelectual y afectivo.
<b>Psicosis maníaco-depresiva</b>	Alternancia de fases maníacas y fases melancólicas-depresivas.

Ahora bien, en cualquier caso, no debe perderse de vista la mayor dificultad de estos tratamientos a psicóticos, respecto de los centrados en los trastornos neuróticos; ni el consecuente aumento en el porcentaje de fracasos en los mismos y la conveniencia consiguiente de combinarlos, en muchas ocasiones, con otros tipos de medidas terapéuticas.

Una última cuestión —que más adelante analizaremos despacio— se refiere a la aplicabilidad del psicoanálisis a los trastornos mentales en niños. Si, como acabamos de señalar, Freud

creía, en un principio, que la terapia psicoanalítica requiere de pacientes con una cierta madurez intelectual, se comprende que no considerara idónea su técnica, para aplicarla a enfermedades infantiles. Sin embargo, Melanie Klein creyó encontrar en el juego una herramienta que permitía superar semejantes limitaciones; fundando, de esa manera, un verdadero *psicoanálisis infantil*.

### 3. EL ENCUADRE PSICOANALÍTICO

El *marco* o *encuadre analítico* especifica las condiciones bajo las cuales va a ser realizado el análisis. Freud pretendió que el mismo se ajustase a la idiosincrasia propia de cada analista, así como a las circunstancias de cada análisis particular. Por ese motivo, se suele concebir el encuadre como una especie de *contrato* entre analista y paciente, al que ambos han de acceder con anterioridad al comienzo de la terapia. Hoy, entre los psicoanalistas ortodoxos, existe una cierta coincidencia en las condiciones generales del encuadre; si bien las cosas no son las mismas al hablar de otras tendencias menos canónicas del psicoanálisis. Entre las especificaciones del encuadre deben contarse la frecuencia de sesiones (habitualmente, varias por semana), la concreción estricta de los días y horas de las mismas, así como su duración (normalmente, algo menos de una hora por sesión).

Pero el encuadre debe abordar, además, los honorarios del analista; que deben ser asequibles para el paciente, si bien deben señalar inequívocamente —por su cuantía— la importancia del compromiso asumido con el contrato. Se trata, en verdad, de un asunto polémico, pero al que Freud concedía verdadera importancia terapéutica. Y es que, a su juicio, la existencia de honorarios marca inequívocamente la naturaleza de la relación terapeuta-paciente y sitúa a cada cual en su lugar. Porque el psicoanalista no cumple el papel de un amigo, ni de un confesor, ni de un director espiritual, ni es alguien que espere sacar 'algo' oscuro de la relación con el analizante, ni que se mueva inducido por la piedad; sino que se trata de un

profesional especialista, que realiza una labor terapéutica compleja y difícil y que debe ser remunerado por ella. Es muy interesante, al respecto, la siguiente reflexión de Freud:

La confesión forma parte del análisis; pero sólo como su iniciación primera, sin que tenga afinidad ninguna con su esencia ni mucho menos explique su efecto. En la confesión, dice el pecador lo que sabe; en el análisis, el neurótico ha de decir algo más (*Análisis profano*, 1926).

Mientras, por su parte, el paciente debe tener en todo momento conciencia del valor de lo que hace. Por ejemplo, puede decir determinadas cosas que no diría a nadie más, sólo porque paga por poder hacerlo. Y, por otro lado, ese pago evita la tentación de desperdiciar el tiempo y hace que se comprometa en su aprovechamiento. Estas razones son las que empujan a que en el encuadre deba quedar claro que se habrán de pagar todas las sesiones comprometidas, aun cuando no se asista a alguna de ellas. Ahora bien, en el caso de dificultades económicas sobrevenidas con posterioridad al encuadre, o en el de tratamientos a personas sin capacidad económica —algo que ocurre, por ejemplo, en el marco del psicoanálisis infantil—, el analista arbitrará alguna otra forma de 'pago' que pueda cubrir la función simbólica que se le concede a los honorarios.

Un asunto más, que suele ser concretado en el encuadre, lo constituye la especificación del 'espacio' en que habrá de llevarse a cabo la terapia psicoanalítica. Suele asociarse la misma al uso de un diván; y ello no es incorrecto, aunque reduce las posibilidades reales que baraja un psicoanalista. En efecto, Freud hacía uso frecuente de un diván en el que tumbaba a sus pacientes, situándose él de manera que no pudiera ser observado por los mismos. Su experiencia le había demostrado que tal organización del espacio terapéutico era generalmente adecuada para la relajación corporal y espiritual; lo que, a su vez, propiciaba la libre asociación de ideas. Sin embargo, no siempre resulta eficaz, en ese sentido, el uso del diván. Algunos pacientes pueden vivir con ansiedad esa forma de relación; y si

el analista puede sospecharlo en la primera entrevista, entonces propondrá, al menos durante una serie de sesiones, la entrevista cara a cara. Hay una cierta idea de que mientras el diván simboliza al psicoanálisis, ese otro procedimiento para entrevistar a pacientes es más propio de formas alternativas de psicoterapia. Pero no es cierto. El diván es una herramienta, pero su uso no es una regla inamovible. De hecho, resulta posible, en principio, llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico completo, sin haber hecho uso del diván; aunque lo más frecuente es que, tras una serie de sesiones cara a cara, se termine por utilizarlo.

Por último, el encuadre debe incluir los procedimientos que se acuerdan para cambiar las condiciones pactadas en el mismo; porque es muy frecuente que éstas sean criticadas posteriormente por el paciente. El analista debe mantenerse firme al respecto, comprendiendo que ese cambio de actitud del paciente puede ser una manifestación más de las *resistencias inconscientes* y tiene que ver con procesos psicológicos normales a lo largo de todo proceso terapéutico. Aún así, puede que verdaderamente sea conveniente, en algún momento, determinado cambio en el marco psicoanalítico; razón por la cual es tan necesario habilitar a priori algún modo de negociar nuevas condiciones.

#### 4. REGLAS DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

Ya se ha señalado en un capítulo anterior que la *regla fundamental del psicoanálisis* —aquella que lo diferencia radicalmente de otros métodos usados con anterioridad por el mismo Freud— es la *libre asociación de ideas*. Sin embargo, hay que advertir que la recomendación explícita del psicoanalista al paciente, para que éste se acomode a dicha regla, al tiempo que su disposición profesional a no interrumpirle innecesariamente en su actividad mental, no conducen, de modo automático, a una asociación de ideas que sea verdaderamente libre. La aplicación radical de la regla requiere un aprendizaje de tal calibre, que algunos psicoanalistas consideran que, pre-

cisamente cuando el enfermo es capaz de ejercitarla con soltura, es cuando se aproxima el fin de su proceso de curación.

Ahora bien, la regla fundamental no es la única que constituye la técnica psicoanalítica. Para empezar, y en contrapartida a la asociación libre que se exige al analizante, el analista debe adoptar una actitud que se conoce como *atención flotante*. Según ésta, la escucha debe ser tal, que no quede fijada de manera especial en ningún elemento particular del discurso del paciente. Las ideas preconcebidas, los esquemas interpretativos a priori y las emociones son peligros que impiden al analista una escucha adecuada de cuanto el analizante emite; mientras que la actitud adecuada de escucha consiste en dejar reaccionar sin trabas al inconsciente del propio analista.

¿Por qué es tan importante la actitud adecuada del analista en la escucha, si, en definitiva, es el enfermo quien tiene que descubrir en sus propias palabras las huellas de las causas patógenas de sus males? La respuesta a tal interrogante está contenida en otra exigencia metodológica que deberá cumplir el psicoanalista: la de realizar periódicas interpretaciones y reconstrucciones.

En efecto, la actitud del analista no es —contra lo que pueda creer mucha gente— de absoluto y permanente silencio. Antes bien, en momentos puntuales y adecuados, interviene realizando una *interpretación*; es decir, un desciframiento del sentido latente en los actos o en las palabras del analizante. La interpretación debe ayudar al paciente a orientar su búsqueda y a comprender las motivaciones inconscientes que lo gobiernan y que se manifiestan simbólicamente en su discurso y en su conducta. Las reglas específicas, mediante las cuales el psicoanalista debe llevar a cabo la interpretación de los materiales ofrecidos por la asociación libre, serán expuestas en el capítulo dedicado a los sueños [apartado VII.6]; en vista de que, a juicio de Freud, son precisamente los sueños la senda principal por la que puede accederse al inconsciente, y que es en el contexto del estudio de ellos donde expuso con mayor precisión dichas reglas.

Existe el peligro, no obstante, de que la interpretación sea gratuita, mecánica, supersticiosa, paranoica... o, incluso, in-



oportuna, aun cuando sea veraz; porque le sea presentada al paciente cuando éste no está aún en disposición de aceptarla. Freud usaba, para referirse a tales interpretaciones fallidas, la expresión '*psicoanálisis salvaje*'; y procuraba poner en guardia a sus discípulos contra tales excesos. Si bien, el hecho es que la proliferación de interpretaciones salvajes se convirtió en una tentación irresistible para ciertos psicoanalistas; de manera que acabó por convertirse en una causa poderosa de descrédito para el psicoanálisis; que, a la vista de ellas, corre el riesgo de parecer sólo una forma pedante de charlatanería.

Por eso, y como procedimiento de control de posibles interpretaciones salvajes, Freud proponía una segunda actuación por parte del analista: la *reconstrucción*. Consiste en elaborar un relato acerca de la presunta infancia del paciente y de los procesos inconscientes anclados en ella. Se trata, en definitiva, de un proceso de interpretación, en su sentido psicoanalítico de un proceso más profundo. Si la reconstrucción es verosímil —por que se apoya en la información obtenida hasta ese momento y es coherente con la misma—, y le es presentada al paciente en un momento oportuno, le ayudará sobremanera en su proceso introspectivo.

Otro principio que debe ser observado en la terapia psicoanalítica es la *regla de la confidencialidad*. Desde luego, es obvio que en esta relación terapéutica debe regir la misma exigencia deontológica de tantas otras profesiones, dirigida a proteger la intimidad del paciente. Pero en el caso del psicoanálisis se presentan algunas dificultades añadidas en el cumplimiento. En primer lugar, porque el recurso a la supervisión hace que el analista deba comunicar datos de un caso particular a otro analista. En segundo lugar, porque siendo tan especial y única la relación analista-paciente, no cabe extraer de ella, con frecuencia, reglas generales; de manera que cuando el analista desee comunicar su experiencia —por ejemplo, en la publicación de trabajos científicos—, se encontrará con la necesidad de hacerlo a partir del relato de los casos clínicos concretos en que ella ha tenido lugar. Ahora bien, en una y otra circunstancia, el precepto de confidencialidad obligará al psicoanalista a tomar precauciones que preserven el anonimato del paciente.

Una última exigencia metodológica que conviene ser señalada aquí consiste en mantener las distancias en la relación personal entre terapeuta y paciente. Ello tiene que ver con un descubrimiento hecho por Freud y al que dedicaremos el apartado siguiente: la existencia de emociones transferenciales y contrasferenciales. Frente a ellas, el psicoanalista debe exigirse el cumplimiento de la *regla de la abstinencia*; es decir, debe prohibirse la posibilidad de que dichas emociones se prolonguen más allá de las sesiones clínicas, de manera que acaben por transformarse en un lazo emocional estable entre paciente y terapeuta.

Esa pretendida asepsia emocional se traduce en medidas concretas que han terminado por ser asumidas, quizás, de una manera excesivamente mecánica y universal, y que han sido puestas en cuestión por algunos importantes innovadores de la terapia psicoanalítica —como, por ejemplo, por Sándor Ferenczi—. Así, se presupone que el analista debe evitar toda referencia a su propia vida personal, a sus convicciones morales, políticas, estéticas, religiosas, etc., o a sus emociones, deseos y temores. En realidad, el terapeuta —a la luz de esta óptica, aceptada general, pero no universalmente— debe actuar a modo de pantalla en la que puedan ser proyectados los deseos y temores del paciente; y eso requiere, precisamente, de tal anonimato y distanciamiento.

##### 5. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

A lo largo del proceso terapéutico, termina por aparecer siempre un fenómeno que marca al psicoanálisis como algo radicalmente diferente de cualquier otro tipo de terapia psicológica: la *transferencia*. Por tal hay que entender, de manera general, el acontecimiento por el cual determinados deseos inconscientes que alberga el analizante son desplazados hacia la persona del psicoanalista. Un ejemplo paradigmático de ello lo habrían constituido las expresiones y demandas amorosas de Anna O hacia Joseph Breuer. Si hemos de creer a Freud, su colega se había sentido hondamente perturbado por la emergencia

de tan poderosos sentimientos, y ello habría precipitado el fin de la cura catártica. Freud concedía extrema importancia terapéutica a este suceso de la transferencia, hasta el punto de calificarla como «el más poderoso medio auxiliar de tratamiento». A su juicio, Breuer había estado a un paso de descubrir el procedimiento justo para abordar la cura de las neurosis, al propiciar involuntariamente la aparición de la transferencia; y había sido precisamente su actitud asustadiza respecto de dicho fenómeno lo que habría abortado la curación de Berta Pappenheim.

Para comprender la importancia terapéutica de la transferencia, es preciso distinguir entre las formas normales de transferencia, que acaecen en muchos tipos de relación humana y que en alguno de ellos es especialmente frecuente e intensa (médico-paciente, profesor-alumno, etc.), y la que propiamente es la *transferencia psicoanalítica*. Porque mientras que en el primer caso hablamos de sentimientos más o menos intensos, en general, centrados en «el otro», en este segundo caso se da la peculiaridad —tal y como llamó la atención un discípulo de Freud, Sándor Ferenczi— de que el psicoanalista viene a quedar investido por el papel de alguna figura parental; de manera que la relación transferencial se convierte en una escenificación simbólica de las relaciones infantiles del paciente con sus padres. En este sentido, Freud vino a señalar distintos tipos de transferencia:

- La *transferencia positiva*, constituida por sentimientos positivos y amorosos del analizante hacia el analista.
- La *transferencia negativa*, formada por sentimientos adversos y agresivos.
- La *transferencia mixta*, que vendría a estar constituida por sentimientos ambivalentes, dirigidos originariamente hacia las figuras parentales, y que es el tipo más habitual de transferencia.

En cualquier caso, y gracias al carácter simbólico de la transferencia psicoanalítica, ésta constituye un procedimiento esencial para investigar aquellas experiencias que Freud vendría a considerar como más determinantes en la constitución

psíquica del individuo, así como en la aparición de sus trastornos funcionales. Dicho más claramente: a juicio de Freud, las neurosis son fruto —como veremos con detalle en capítulos posteriores— de la represión de determinados deseos, habitualmente ligados a las relaciones infantiles con los padres. En tanto que reprimidos, esos deseos permanecen ocultos a la conciencia del neurótico; es decir, son inconscientes. Y la curación ha de consistir precisamente en sacar a la luz de la conciencia lo que se oculta a ella; en hacer consciente lo inconsciente. Ahora bien, ¿de qué manera puede hacerse explícito lo que permanece oculto y protegido? Una clave está precisamente en la transferencia psicoanalítica, en virtud de su condición de representación de la neurosis original.

Esta reproducción, en la que el analista ha venido a suplantarse algún papel parental, termina por precipitar en lo que Freud denomina *neurosis de transferencia*; que no es otra cosa que una neurosis artificial aparecida en el proceso terapéutico. Ahora bien, producida la misma, la labor terapéutica habrá de consistir en ayudar al paciente a que reconozca que la neurosis transferencial es, en realidad, una representación de la neurosis original. Dicho de otro modo: los sentimientos amorosos o agresivos del paciente hacia el analista deben ser comprendidos por aquél como meros reflejos de los sentimientos albergados y reprimidos hacia sus progenitores; sentimientos que están en la base de su infelicidad. Así se destruyen las amnesias patógenas, y se salvan las represiones que derivan en neurosis.

La labor que el método psicoanalítico tiende a llevar a cabo puede expresarse en diversas fórmulas, equivalentes todas en el fondo. Puede decirse que el fin del tratamiento es suprimir las amnesias. Una vez cegadas todas las lagunas de la memoria y aclarados todos los misterios afectos a la vida psíquica, se hace imposible la persistencia de la enfermedad e incluso de todo nuevo brote de la misma. Puede decirse también que el fin perseguido es el de destruir todas las represiones, pues el estado psíquico resultante es el mismo que el obtenido una vez resueltas todas las amnesias. Empleando una fórmula más amplia: puede decirse también que se trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia.» (*El método psicoanalítico de Freud*, 1904)

Por otra parte, la aparición de la transferencia psicoanalítica produce en el analista —cuyo inconsciente está viéndose afectado intensamente durante la labor analítica, en virtud del ejercicio de la atención flotante— una reacción de naturaleza parecida, que Freud bautizó como *contratransferencia*. Se trata, ésta, de un conjunto de manifestaciones emocionales del inconsciente del analista, que si bien están inducidas por la transferencia del paciente, lo están también por las propias vivencias infantiles de aquél. Por ello, la *contratransferencia* no debe ser confundida con las emociones normales e inevitables que toda persona tiene en su relación con otro ser humano, y el analista debe ser capaz de detectar sus límites; de detectarlos y de controlar sus efectos, a fin de evitar que influyan negativamente en el proceso de cura.

Para tal fin, es esencial, precisamente, el análisis didáctico; porque ayuda, al analista, a bucear en las motivaciones últimas de la *contratransferencia* y, así, posibilita su control. Y con igual propósito se estableció la regla de la abstinencia, a la que antes nos hemos referido.

## 6. DURACIÓN Y FIN DEL PSICOANÁLISIS

Cuando se inicia una terapia, es natural que el paciente desee conocer su duración. Sin embargo, resulta imposible aplacar ese deseo. Puede, en todo caso, darle aviso de que el proceso durará meses e, incluso, años; pero no puede comunicarse en qué momento exacto finalizará. Es más, subsiste el debate de si, en verdad, el psicoanálisis, por su propia naturaleza, tiene o no finalización. Y es que, si la tarea del psicoanálisis, entendida en términos generales, consiste en hacer consciente lo inconsciente, entonces, y dado que el inconsciente es un almacén sin fondo, dicha tarea deviene interminable.

Ahora bien, los motivos que llevan a alguien a analizarse puede que no tengan que ver con el escudriñamiento sistemático y total de su inconsciente; sino con la necesidad de hacer frente a algún tipo de sufrimiento psíquico. En tales circuns-

tancias, si bien no es posible determinar a priori el fin del tratamiento, sí debe asumirse que éste tendrá un término. La dificultad estará, entonces, en determinar el momento en que deberá darse por concluido; máxime, si se asume la tesis freudiana de que la mera desaparición de síntomas no significa necesariamente la curación.

Freud sugería que fueran atendidas ciertas señales, con objeto de determinar el momento de la terminación de la terapia. Así, serían significativos, al respecto, tanto el sentimiento de mejoría del paciente, como la convicción, del analista, de que se han desentrañado gran parte de las causas profundas que provocaron aquel sufrimiento que propició el comienzo de la cura. Porque una cancelación prematura de la terapia puede suponer, a la larga, una recaída.

[Se considera terminada con éxito la terapia] cuando se han cumplido más o menos por completo dos condiciones: primera, que el paciente no sufra ya de sus síntomas y haya superado su angustia y sus inhibiciones; segunda, que el analista juzgue que se ha hecho consciente tanto material reprimido, que se han explicado tantas cosas que eran ininteligibles y se han conquistado tantas resistencias internas, que no hay que temer una repetición de los procesos patológicos en cuestión (*Análisis terminable e interminable*, 1937).

Hay que tener presente, por otro lado, el riesgo que existe de que, en vista de la dificultad para concretar el fin del análisis, éste se estanque, porque el paciente se encuentre cómodo en una rutina que le permite vivir indefinidamente, por ejemplo, las emociones promovidas por la transferencia positiva. Freud fue consciente de este peligro de esterilización de la terapia, y ensayó y aconsejó que, en tales circunstancias, el analista hiciera uso de una especie de chantaje, consistente en avisar al paciente de la terminación, con fecha fija, del proceso terapéutico, se hayan alcanzado o no los propósitos originales. Parece que semejantes amenazas tienen el efecto positivo de desbloquear el estancamiento y de remover las defensas que impiden el avance hacia las causas de la neurosis.

## 7. ALGUNAS VARIANTES EN LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

Todo cuanto ha sido contado en este capítulo debe ser considerado como un conjunto de ideas y prescripciones generales, casi todas las cuales han sido puestas en cuestión, de una u otra manera, y en uno u otro momento, a lo largo del siglo de historia del psicoanálisis; pero que, sin embargo, mantienen su vigencia hoy, entre la mayoría de los psicoanalistas.

Así, y por lo que se refiere a la formación de los futuros analistas, persiste la discrepancia acerca de si éstos deben ser, con anterioridad, médicos. De manera que es cada asociación psicoanalítica la que, en último término, asume como propia, o no, esa condición. Y algo similar pasa con respecto al análisis didáctico y al análisis de control: en algunas instituciones psicoanalíticas no se considera necesaria la distinción entre analistas terapéuticos y didácticos; mientras que las hay también, en que la supervisión no es un trámite obligatorio para la capacitación del nuevo psicoanalista.

Un asunto que merece ser tomado en consideración, respecto a la clasificación que hemos establecido más arriba entre los distintos tipos de enfermedad mental, es su inconsistencia con respecto a otras importantes nosografías. Básicamente, las dos de mayor prestigio, hoy, son las sucesivas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) —publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)— y del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos Mentales* (DSM) —responsabilidad de la American Psychological Association (APA)—. Las diferencias existentes entre estas dos nosografías son índice expresivo de la tremenda dificultad que existe para establecer criterios claros, unívocos y satisfactorios de clasificación de las enfermedades mentales. Pero la cuestión se complica aún más, si ambas se comparan con la propia del psicoanálisis. Sin que quepa hablar de paralelismos estrictos, señalamos —en el esquema V.4— determinadas correspondencias amplias entre la nosografía psicoanalítica y la clasificación del DSM-IV (1994), que es la más utilizada en los ámbitos de la psiquiatría y la psicología.

ESQUEMA V.4

PSICONÁLISIS	DSM-IV
Neurosis	Trastornos de estado de ánimo Trastornos de ansiedad Trastornos somatomorfos
Psicosis	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Aberración	Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Por lo que respecta al encuadre analítico, la coincidencia de criterios tampoco es total. En este sentido, cabe señalar como una de las principales causas de desavenencia el establecimiento de la duración de las sesiones. El psicoanalista francés Jacques Lacan consideraba que la posibilidad de modificar permanentemente, y según las circunstancias, esa duración era una herramienta terapéutica importante; tan importante, que su defensa de dicha tesis fue una de las razones básicas para su separación de la IPA. La idea de Lacan es que el tiempo del inconsciente poco tiene que ver con el cronometrado por un reloj; y que la posibilidad de una interrupción brusca de la sesión sitúa al analizante en una posición clínica diferente de la que se da en una sesión a tiempo fijo.

También se debe a Lacan su propuesta de que sea abandonado el concepto de contratransferencia. Porque, a su juicio, dicho concepto contribuye a formar la imagen falsa del analista como un ser neutro y capaz de ocupar una posición de autocontrol; de manera que, a la postre, constituye una coartada frente al posible fracaso de la terapia; permitiendo que sea atribuida esa responsabilidad únicamente a la mala disposición del paciente.

Merece indicarse, también, toda una serie de modificaciones en la técnica psicoanalítica, debidas a Sándor Ferenczi; uno de los más brillantes terapeutas de la historia del psicoanálisis. Este psicoanalista húngaro, por el que Freud sentía predilección, sufrió la incompreensión y el acoso de la ortodoxia

psicoanalítica, precisamente a causa de varias de sus propuestas clínicas. Pero algunas de ellas han recibido importante consideración posterior. Sus ideas más originales tienen que ver con el manejo de la transferencia y la contratransferencia; proponiendo, en tal sentido, la aplicación de la *terapia activa* —en la que el analista abandona su actitud distante y propicia al paciente muestras de ternura y cariño— y del *análisis mutuo* —en el que son trastocados temporalmente los papeles de analista y paciente.

En último término, hay que indicar que, con respecto a la duración de la terapia psicoanalítica, son muchos los que la han considerado excesiva, y varios los intentos por acortarla. Los psicoanalistas ortodoxos se han mostrado generalmente reacios a ello; y al mismo Freud se deben comentarios irónicos con respecto al empeño, en tal sentido, de Otto Rank. Sin embargo, ello no ha impedido la proliferación posterior de toda una gama de psicoterapias breves, influidas en mayor o menor medida por el psicoanálisis, pero en las que han dejado también su huella ideas técnicas más heterodoxas, propugnadas por Sándor Ferenczi, Wilhelm Reich, Franz Alexander, Alfred Adler y otros. Algunos psicoanalistas consideran compatible el uso de dichas psicoterapias y del psicoanálisis ortodoxo. Todo dependerá, en último término, de los objetivos que se pretenden alcanzar al inicio del tratamiento.

### Lecturas para ampliar

Freud escribió varios trabajos acerca de la técnica psicoanalítica. En algunos la presentaba de forma general; mientras que en otros se centraba en uno de sus aspectos más reseñables, tales como la transferencia o la interpretación. Para leer de su propia mano una exposición general de dicha técnica terapéutica, merece revisarse un escrito temprano y claro: *El método psicoanalítico de Freud*, de 1904. Pero hay que tener presente que los años le hicieron refinar muchos aspectos de dicha técnica; algo que ocurrió también con las aportaciones de otros psicoanalistas. Para repasar la intrincada naturaleza de la ac-

tual terapia psicoanalítica, así como los muchos problemas metodológicos que suscita, es excelente el libro de Janet Malcolm *Psicoanálisis: la profesión imposible*; Barcelona, Gedisa, 2004. A través de las confesiones de un psicoanalista ortodoxo, en sus páginas se nos muestra el complejo y rico conjunto de problemas ligados al ejercicio profesional del psicoanálisis; al tiempo que se dan pinceladas llenas de agudeza acerca de la teoría psicoanalítica y del mundo y las instituciones ligados a ella.

La postura de Freud con respecto al prerrequisito de que los futuros analistas fueran antes médicos, puede leerse en *La cuestión del análisis profano* (1926); un texto, por lo demás, muy interesante como punto de arranque en la lectura de los escritos de Freud.

En el ámbito de problemas que han sido tratados en este capítulo, es recomendable, por último, la lectura de otro trabajo de Freud, titulado *Análisis fragmentario de una histeria* (1905). En él, y a través de un texto apasionante, se nos relata un caso clínico del propio Freud (*caso Dora*), que terminó en fracaso. En el epílogo, Freud se entretiene en reflexionar acerca de la transferencia y de su importancia durante el proceso de análisis; atribuyendo al mal empeño en el manejo de la transferencia el fracaso terapéutico cosechado.