

TEORÍA Y TÉCNICA
DE
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Ismail YILDIZ, MD, MSc., Psicoanalista.



Ismail YILDIZ, MD, MSc., Psicoanalista

Miembro Titular de Asociación Psicoanalítica Colombiana (APC), Federación Psicoanalítica de America Latina (FEPAL) y de International Psychoanalytical Association (IPA).

Calle 93B No.17-26, Consultorio 406.
Bogotá. Tels: 618 26 29/25 18

La persona que desea una primera entrevista para un tratamiento psicoanalítico puede concertar una cita llamando a mi secretaria (Tels: 618 26 29/25 18) o escribiéndome un email a iyildiz@etb.net.co

Sobre la obra:

(Texto revisado y ampliado en noviembre de 2010)

Este texto se preparó especialmente para los estudiantes de psicología de últimos semestres que tengan un mínimo de conocimiento de la psicología y psicopatología dinámicas. En caso contrario sugiero leer mi libro “Fundamentos de psicología dinámica y de psicoanálisis”, que está también en mi sitio Web. Puede también ser de utilidad a los graduados que quieren aprender esta técnica. Se estudiarán los conceptos de Psicoterapia Psicoanalítica, se explicarán *Qué, Cuándo y Cómo* hacer de su técnica.

CONTENIDOS

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

I.1. Teoría de la neurosis

I.2. Teorías y psicoterapia analítica

I.3. ¿Qué es psicoterapia analítica?

I.4. Metas e indicaciones de psicoterapia analítica

I.4.1. Las limitaciones de la psicoterapia analítica

I.4.2. Lo que la terapia analítica requiere del paciente

CAPÍTULO II. COMPONENTES DE LA TECNICA PSICOANALÍTICA

II.1. Situación analítica

II.1.1. El encuadre

II.1.2. El proceso analítica

II.2. Producción de material

II.2.1. La asociación libre y los sueños

II.2.2. Las reacciones transferenciales

II.2.3. La neurosis de transferencia

II.2.4. La contratransferencia

II.2.5. Las resistencias

II.3. Análisis del material del paciente (Confrontación, aclaración, interpretación y translaboración)

II.4. Procedimientos y procesos terapéuticos no analíticos

II.4.1. La abreacción o la catarsis,

II.4.2. La sugestión

II.4.3. La persuasión

II.4.4. La manipulación

II.5. Alianza de trabajo

II.6. Importancia de la técnica

CAPÍTULO III. ETAPA INICIAL DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

III.1. Entrevistas y Evaluación

III.2. Determinar el encuadre

III.3. Finalización de una sesión

III.4. ¿Qué sucedería si el paciente...?

III.5. Motivos de preocupación de los pacientes en la etapa inicial

III.6. Alianza de trabajo

III.7. Manera de escuchar

CAPÍTULO IV. TERAPEUTA PSICOANALÍTICO

IV.1. Destrezas

IV.1.1. Entender lo inconsciente

IV.1.2. La comunicación con el paciente

IV.1.3. La facilitación de la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo

IV.2. Rasgos de personalidad y carácter del terapeuta.

IV.2.1. Los rasgos relacionados con el entendimiento de lo inconsciente

IV.2.2. Los rasgos relacionados con la comunicación con el paciente

IV.2.3. Los rasgos relacionados con el fomento de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo

IV.3. Motivaciones

IV.4. Más sobre el terapeuta

IV.4.1. Los conflictos y problemas del terapeuta

IV.4.2. ¿Existen ciertos rasgos de personalidad del terapeuta que pueden facilitar la tarea?

IV.4.3. ¿Existen determinados conflictos y problemas del terapeuta que pueden interferir con la eficiencia de la terapia?

IV.4.4. Los aspectos cognitivos

IV.4.5. La contratransferencia

IV.4.6. El tacto, la calidez y la solicitud

CAPÍTULO V. INTERPRETACIONES Y SUS PRINCIPIOS

V.1. Profundidad

V.2. Simplicidad

V.3. Ofrecimiento

V.4. Utilidad

V.5. Otros principios de interpretación

V.6. A evitar

V.6.1. Las conexiones

V.6.2. La adopción de una actitud didáctica, de maestro, de sermón

V.6.3. El consejo implícito en la interpretación

V.6.4. La crítica implícita en la interpretación

CAPÍTULO VI. ETAPA INTERMEDIA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

VI.1. Algunas características

VI.1.1. La resistencia al cambio

VI.1.2. La dependencia

VI.1.3. El impase y la crisis

VI.1.4. El proceso terapéutico

VI.1.5. La experiencia analítica

VI.2. Silencio

VI.3. Lo consciente y lo inconsciente, el pensamiento y los sentimientos

VI.4. Sobredeterminación de la conducta

CAPÍTULO VII. RESISTENCIAS

VII.1. Definición

VII.2. Modos de aparición clínica de resistencia

VII.3. Teoría de la resistencia

VII.3.1. El examen histórico

VII.3.2. La resistencia y la defensa

VII.3.3. La resistencia y la regresión

VII.4. Clasificación de las resistencias

VII.4.1. Según el origen de la resistencia

VII.4.2. Según los puntos de fijación

VII.4.3. Según los tipos de defensa

VII.4.4. Según la categoría diagnóstica

VII.4.5. Una clasificación práctica

VII.5. Técnica del análisis de las resistencias

VII.5.1. Las condiciones preliminares

VII.5.2. El reconocimiento

VII.5.3. La confrontación

VII.5.4. La aclaración

VII.5.5. La interpretación

VII.5.6. Los problemas especiales en el análisis de resistencias

VII.6. Reglas de la técnica relativa a la resistencia

CAPÍTULO VIII. TRANSFERENCIAS

VIII.1. Definición

VIII.2. Características generales

VIII.2.1. La impropiedad

VIII.2.2. La intensidad

VIII.2.3. La ambivalencia

VIII.2.4. Los caprichos

VIII.2.5. La tenacidad

VIII.3. Consideraciones teóricas

VIII.3.1. El origen y la índole de las reacciones de transferencia

VIII.3.2. La neurosis de transferencia

VIII.4. Alianza de trabajo

VIII.4.1. La definición

VIII.4.2. El desarrollo

VIII.4.3. Los orígenes de la alianza de trabajo

VIII.4.4. La verdadera relación entre paciente y analista

VIII.5. Clasificación clínica de las reacciones de transferencia

VIII.5.1. La transferencia positiva y negativa

VIII.5.2. Según las relaciones de objeto

VIII.5.3. Según las fases libidinales

VIII.5.4. Según el punto de vista estructural

VIII.5.5. Según la identificación

VIII.6. Resistencias de transferencia

VIII.6.1. La búsqueda de gratificación transferencial

VIII.6.2. Las reacciones de transferencia defensivas

VIII.6.3. Las reacciones de transferencia generalizadas

VIII.6.4. La actuación de las reacciones de transferencia

VIII.7. Técnica del análisis de la transferencia

VIII.7.1. Las consideraciones generales

VIII.7.2. La salvaguardia de la transferencia

VIII.7.3. ¿Cuándo analizar la transferencia?

VIII.7.4. Los pasos técnicos para analizar la transferencia

VIII.7.5. Los problemas especiales en el análisis de las reacciones de transferencia.

CAPÍTULO IX. ETAPA FINAL DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

IX.1. Características

IX.2. Algunos de los problemas

IX.4. Última sesión.

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

Aunque el método más efectivo de la formación como psicoterapeuta es la supervisión y aprender de la propia experiencia, la adquisición de ciertos conocimientos teóricos sobre los conceptos, formulaciones y técnicas de la psicoterapia siguen cumpliendo una función necesaria y valiosa. De otra parte, todo terapeuta que no efectúa una revisión periódica de sus principios y métodos se vuelve rígido en sus enfoques.

Este texto se preparó especialmente para servir de apoyo a los asistentes al curso o seminarios dictados por su autor. Seguramente las palabras y las situaciones se animarán mucho más durante la presentación oral. Además, se darán ejemplos concretos de situaciones clínicas durante los seminarios. El nivel del texto se dirige a los estudiantes de psicología de últimos semestres que tengan ya un mínimo de conocimiento de la psicología y psicopatología dinámicas. Puede ser también de gran utilidad a los graduados estudiosos y a los que están haciendo una especialización en un área afín que quieren aprender esta técnica. Se estudiarán los conceptos de psicoterapia psicoanalítica Individual, se explicarán *Qué, Cuándo y Cómo* hacer de su técnica.

I.1. TEORÍA DE LA NEUROSIS

En la gestación de las psiconeurosis, en algún momento crítico de su desarrollo, el niño, unidad biopsicológica y social, sufre un trauma, o mejor, una **vivencia traumática** o una serie de éstas, que lo inundan, es decir que la intensidad de lo sufrido desborda la capacidad del Yo infantil para manejarlo. Esto puede determinar que el contenido ideativo y el afecto que acompañan los traumas (vividos en la realidad o fantaseados) se expulsen de la conciencia y se confinen a lo inconsciente, agencia en la cual las ideas, los afectos y los derivados instintivos se ligan a otras constelaciones reprimidas (organización de

fantasía, complejos), e intenten con éxito relativo abrirse paso hacia la conciencia y en dirección a la acción motora. Lo reprimido ejerce, además, una atracción de imán sobre otros contenidos conscientes, que se ven arrastrados así hacia el inconsciente profundo y los dominios del proceso primario.

De esta manera, fuentes de energía, que en otras condiciones se utilizarían para trabajar, amar o crear, tienen que ser utilizadas por las fuerzas represoras en la manutención de un *statu quo* siempre inestable y continuamente tenso.

La vivencia reprimida tiene dos implicaciones: por una parte, carece de tiempo en la medida en que se ha hecho, al menos parcialmente, parte del proceso primario. Por otra, detiene fija la historia del ser humano en un momento dado de su transcurso vital. El psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica es una invitación a reanudar esta historia interrumpida, en el contexto de una relación bipersonal y en el encuadre del tratamiento.

El psicoanálisis afirma que las psiconeurosis se basan en el **conflicto neurótico**. Este conflicto ocasiona una obstrucción en la descarga de las pulsiones instintivas que se producen en un estado de represión. El Yo se va haciendo menos capaz de manejar las tensiones en aumento y llega un momento en que es vencido por ellas. Las descargas involuntarias se manifiestan clínicamente como síntomas de la psiconeurosis (además de descargas durante los sueños, lapsus, actos fallidos, chistes, afecciones psicósomáticas o psicosis). La expresión "conflicto neurótico" se emplea en singular aunque siempre hay más de un conflicto importante. Por costumbre y comodidad nos referimos a un solo conflicto.

Un conflicto neurótico es un conflicto inconsciente entre un impulso del Ello que busca su descarga y una defensa del Yo que impide la descarga directa del impulso o su acceso a la conciencia.

El mundo exterior todavía desempeña un papel importante en la formación de neurosis, pero aquí también tiene que sentirse el conflicto como un conflicto interno entre el Yo y el Ello para que se suscite un conflicto neurótico. El mundo que nos rodea puede movilizar tentaciones instintuales, y tal vez haya que evitar situaciones porque presentan el peligro de alguna suerte de castigo. Entonces tendremos que habérmolas con un conflicto neurótico si la tentación instintual o el peligro ha de quedar fuera de la conciencia.

El Superyó desempeña un papel más complicado en el conflicto neurótico. Puede entrar en el conflicto por el lado del Yo o el del Ello o por ambos. El Superyó es la instancia que hace parecer prohibido el impulso instintivo al Yo. Es el Superyó el que hace al Yo sentirse culpable aun de las descargas simbólicas y desfiguradas, y así se sienten de modo consciente como esencialmente dolorosas.

El Ello nunca deja de buscar su descarga, y sus impulsos tratan de lograr una satisfacción parcial mediante algunas evacuaciones derivativas (o retoños) y regresivas. El Yo, para calmar las exigencias del Superyó tiene que desfigurar incluso esos derivativos instintuales para que aparezcan de alguna forma disimulada, cuyo carácter de instinto apenas sea reconocible.

El factor clave para entender el resultado patógeno del conflicto neurótico es la necesidad que el Yo (su parte inconsciente) tiene que gastar constantemente sus energías para tratar de impedir a los peligrosos impulsos el acceso a la conciencia y la motilidad. En última instancia, esto produce una insuficiencia relativa del Yo y los derivativos del conflicto neurótico original abrumarán el Yo empobrecido y penetrarán en la conciencia y el comportamiento. Desde este punto de vista pueden entenderse las psiconeurosis como neurosis traumáticas relativas. Un estímulo relativamente inocuo puede remover algún impulso del Ello, relacionado quizá con el depósito instintual acumulado. El Yo empobrecido es incapaz de seguir con su labor defensiva y se ve invadido a tal grado que debe permitir alguna descarga instintiva, si bien ésta también desfigurada y disimulada. Estas descargas involuntarias desfiguradas y disimuladas se manifiestan clínicamente como los síntomas de la psiconeurosis.

El Yo trata de manejar los impulsos prohibidos o peligrosos del Ello recurriendo a los diversos mecanismos de defensa con que cuenta. Las defensas pueden dar buen resultado si permiten la descarga periódica de las tensiones instintivas. Se hacen patógenas cuando excluyen del contacto con el resto de la personalidad total muchas variedades de impulsos libidinales y agresivos. Al final, lo reprimido retorna en forma de síntomas.

Una neurosis adulta se forma en torno a un núcleo desde la infancia. Las únicas neurosis sin base en la infancia son las puramente traumáticas, que son muy raras, y casi nunca puras. A menudo están relacionadas con las psiconeurosis.

I.2. TEORÍAS Y PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Todo ser humano, tenga o no conciencia de ello, ha elaborado su propia teoría psicológica, su propia forma de interpretar el sentido de su conducta y de la ajena. También nuestros pacientes lo tendrán, y su teoría puede desempeñar un papel significativo en la psicoterapia. En consecuencia, una de nuestras principales tareas como terapeutas reside en descubrir, dilucidar y abordar las teorías sobre la conducta humana que se ha forjado el paciente. Esto es obvio en el caso del paciente con rasgos paranoides; pero también es válido para los pacientes narcisistas, obsesivos, histéricos, etc. Los pacientes no solo

pueden sufrir el efecto de sus reminiscencias, sino también el de sus teorías.

Nosotros también podemos sufrir los efectos de las teorías que aplicamos. Una teoría clínica puede distorsionar la correspondiente observación y llevarla por un camino erróneo, y efectivamente ocurre. Es por tal razón que debe valorarse y fomentarse nuestro sentido crítico, y evitar que en el campo de observación interfieran indebidamente ciertas teorías, cosa que puede lograrse de varias maneras. Una de ellas es extraer la menor cantidad de inferencias posibles; otra, no olvidarnos de limpiar el cristal de nuestros anteojos.

Lo que necesita un terapeuta no es una amplia gama de teorías y puntos de vista, sino un único punto de vista coherente, que no esté restringido por límites rígidos e impermeables. Debería adherir a una teoría que tenga sentido para él, que satisfaga sus exigencias intelectuales y sus requerimientos filosóficos. Pero su adhesión a dicha teoría no deberá asumir proporciones ideológicas, porque con ello no haría sino trasformarla en un dogma. La flexibilidad y el equilibrio, la apertura a nuevas ideas son virtudes primordiales; pero la flexibilidad puede convertirse en inestabilidad, la apertura en anarquía intelectual, y finalmente en confusión.

Un buen terapeuta psicoanalítico conducirá el análisis haciendo escasa o nula referencia a sus hipótesis o conceptos teóricos (como “complejo de Edipo”, “angustia de castración”, etc.). El terapeuta servirá de su teoría como simple guía, para organizar su comprensión de las experiencias reales del paciente y la imagen que éste tiene de sí mismo.

En vez de referirse a “impulsos orales” y “deseos de muerte”, alude a experiencias cotidianas concretas como el deseo de ser mimado y reconfortado, o de herir a alguien. En vez de referirse a la “angustia de castración” del paciente, alude a su temor de ser un ente incompleto, distinto de los demás, o quizá de estar loco. La “escena primaria” se convierte en el mero temor de ser testigo de algo prohibido, y excitante hasta lo insoportable. Y todas esas conductas se hallan concretamente vinculadas a la realidad actual del paciente, no a un pasado remoto. Por supuesto, nadie niega que surjan de la historia anterior del paciente; pero esto puede no tener ninguna importancia para el trabajo que, sesión tras sesión, se realiza con respecto a dichas experiencias. A veces, las experiencias tempranas o “primarias” simplemente se añaden a todo como una capa de azúcar (la “cubierta intelectual”) a una torta ya horneada.

I.3. ¿QUÉ ES PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA?

La psicoterapia psicoanalítica busca modificar el comportamiento y, lo que es más importante, la estructura de personalidad del paciente mediante la utilización de la relación analista-analizado, a través del lenguaje verbal, y en un contexto específico en el cual se ubica esta relación.

La necesidad de compartir los conflictos y de intentar resolver las contradicciones se plantea desde el momento en que el ser humano aparece como tal, y son los sacerdotes (que se llaman también curas), los médicos brujos, los chamanes, los curanderos, etc. quienes constituyen los pioneros de cualquier intento psicoterapéutico. Pero, es con Freud, y con la evolución del proceso psicoanalítico que la psicoterapia se sistematiza, se desarrolla como una disciplina científica.

Según R. Greenson, la terapia psicoanalítica es una terapia causal; trata de contrarrestar las causas de la neurosis. Su objetivo es resolver los conflictos neuróticos del paciente, incluso las neurosis infantiles que sirven de núcleo a la neurosis del adulto. Resolver los conflictos neuróticos significa reunir con el Yo consciente aquellas porciones del Ello, el Superyó y el Yo inconsciente excluidas de los procesos de maduración del resto sano de la personalidad total.

El terapeuta aborda los elementos inconscientes por sus derivados. Todos los componentes repelidos del Ello y del Yo producen **derivados** (manifestaciones), "híbridos" no conscientes pero altamente organizados de acuerdo con el proceso secundario y son accesibles al Yo consciente.

El procedimiento que el analista quiere que el paciente emplee para facilitar la comunicación de los derivados es la **asociación libre**. Estos derivados aparecen en las asociaciones libres, los sueños, los síntomas, los lapsus, los actos fallidos y las actuaciones del paciente.

Se pide al paciente que trate dentro de lo posible de dejar venir las cosas y de decirlas sin importarle la lógica ni el orden; ha de comunicar incluso lo que le parezca trivial, vergonzoso o descortés, etc. Dejando que las cosas le vengan a la mente, se produce **una regresión al servicio del Yo** y tienden a salir a la superficie los derivados del Yo inconsciente, el Ello y el Superyó. La tarea del analista consiste en analizar esos derivados por el paciente.

Aunque el que padece una neurosis llega al tratamiento psicoanalítico por el motivo consciente de desear un cambio, hay dentro de él fuerzas inconscientes que se oponen al cambio y defienden la neurosis y el *statu quo*. Estas fuerzas se oponen a los procedimientos y procesos de tratamiento y se denominan **resistencias**. Las resistencias proceden de las mismas fuerzas del Yo que forman parte del conflicto neurótico. Las

resistencias interfieren con el **Yo razonable** y han de ser analizadas antes de que pueda hacerse ninguna otra buena labor analítica. Porque sólo puede ser efectivo el *insight* si el paciente puede tener y mantener un Yo razonable. El Yo razonable es también esencial para la construcción y el mantenimiento de la **alianza de trabajo**.

Otro concepto básico de la teoría de la técnica analítica es la **transferencia**. Los pacientes neuróticos son más propensos a las reacciones transferenciales. La frustración instintual del neurótico tiende a hacerle buscar inconscientemente objetos hacia los cuales desplaza sus impulsos agresivos y libidinales. El paciente tiende a repetir su pasado, en términos de relaciones humanas, para obtener satisfacciones que no tuvo o para dominar tardíamente alguna ansiedad o algún sentimiento de culpa. La transferencia es volver a vivir el pasado y no entender el presente por querer entenderlo en función del pasado. La importancia de reacciones transferenciales se debe al hecho de que si se manejan debidamente, el paciente sentirá en la situación del tratamiento y en relación con el analista todas las relaciones humanas importantes de su pasado que no son conscientemente accesible a él. Es el análisis consistente de la transferencia, dentro y fuera de la situación analítica, el que permite al paciente soportar las diferentes variedades e intensidades de la transferencia, y comprender poco a poco a sus transferencias.

La técnica psicoanalítica está directamente apuntada hacia el Yo, porque sólo éste tiene acceso directo al Ello, al Superyó y al mundo exterior. Nuestro fin es hacer que el Yo renuncie a sus defensas patógenas o que halle otras más propias. Porque las antiguas maniobras defensivas resultaron insuficientes. La defensa nueva, diferente, o la ausencia de defensa podrían permitir alguna efusión de los instintos sin sentimientos de culpa o ansiedad. La descarga del Ello reduciría la presión instintual y el Yo tendría entonces una posición relativamente más fuerte. La solución es lograr cambios estructurales en el Yo que le permitirán renunciar a su defensa o hallar una que permita suficiente descarga instintual.

Se invita al paciente a que examina su mente con toda libertad, a que expresa sus ideas y sentimientos, a que dé rienda suelta a las reminiscencias y la fantasía.

La meta será la autodeterminación y autenticidad, una mayor autonomía de la persona ante sus **compulsiones** no controladas. Para que el Yo del paciente alcance una mayor autonomía, tiene que mediar y armonizar las configuraciones relativamente independientes de procesos y fuerzas (Ello, Superyó y Realidad). Además, el Yo tiene también sus intereses y plantea sus exigencias a la conducta. La autonomía del Yo se ve alentada y realizada por logros tales como la comprensión, la autoconfrontación honesta y un sentido más cabal de autenticidad.

En el curso de la terapia, al lograr un mayor grado de autoconocimiento y autocomprensión, al familiarizarse en mayor medida con la esfera total de su realidad interna y externa, y al adquirir experiencia de sí mismo como un ser relativamente independiente y dotado de volición, el paciente incrementará el control y sentido de dominio sobre sus experiencias y acciones. Y de esa manera se producirá su “cura”.

Con el fin de apoyar y fomentar la libertad de autoexpresión y autoexperimentación, el analista se comporta de manera tal de reducir a un mínimo toda forma de dirección, orientación y control. Básicamente, su papel es el del observador y comentarista interesado pero neutral. Se escucha de manera activa, y se ayuda al paciente a enunciar con claridad sus experiencias, y a analizarlas, para que pueda comprenderlas. Pero se cuida muy especialmente de ejercer indebida influencia sobre dichas experiencias o de encausar su conducta según pautas determinadas.

Hay una limitación fundamental que el terapeuta se impone a sí mismo y cuida de poner bien en claro ante los pacientes: “No le diré qué debe hacer; no le insinuaré qué decisiones debería tomar, ni de qué modo pienso que debería comportarse”. Esto no significa de ninguna manera, que sus actos le tengan sin cuidado: “Trataré de ayudarlo a entender el porqué de sus acciones, y a veces contribuiré a que logre esclarecer los motivos de sus decisiones. Pero lo que usted haga y decida depende de usted mismo”. El terapeuta no aconseja, no administra recompensa ni establece castigos; no entabla con el paciente una relación de maestro o amigo; mantiene una **neutralidad**; observa sin participar mayormente, comenta sin juzgar. La neutralidad no quiere decir la indiferencia ante el paciente, pero el terapeuta no gratifica la necesidad que experimenta el paciente de ser aceptado o rechazado, recompensado o castigado, aprobado o desaprobado, ni sus necesidades de “alimentación” o dependencia. Se tratará de evitar también cualquier tipo de manipulación consciente.

De todos modos, en situaciones excepcionales de peligro (de hacer daño a otros o a sí mismo) hay que dar consejos, y eventualmente hay que hospitalizar a un paciente.

La libertad de autoexpresión y de comunicación puede generar, sobre todo al inicio de la terapia, dolor y ansiedad. El paciente por lo general rechaza el tipo de libertad que la terapia le ofrece, así como el tipo de relación con el terapeuta que esa libertad exige.

Después de las primeras entrevistas de evaluación, donde se hacen preguntas superficiales sobre la persona para aceptar o no en la terapia psicoanalítica, el terapeuta no hará más entrevistas ni preguntas inquisidoras para sacar a relucir recuerdos ocultos o sentimientos que

infundan terror. A toda costa hay que evitar ponerse en el papel de psicoarqueólogo.

Hay una necesidad (una, tan solo) que se podrá gratificar en el paciente y en el terapeuta. Es la **función sintética** que adopta la forma de una necesidad de **comprender y ser comprendido**. Sin embargo esa comprensión no tiene nada que ver con el tipo de "comprensión" que se reduce, en última instancia, a aprobar, aceptar o exonerar al otro. Comprender las experiencias de otra persona significa conocerlas (ser-con-el otro): reconstruirlas y enunciarlas claramente. Adquirir conocimiento de factores circunstanciales y supuestamente casuales es parte de ese proceso de comprensión, ya que dicho conocimiento puede resultar inestimable para reconstruir y enunciar con claridad esas experiencias. Saber el Porqué de las cosas suele ser un paso importante para averiguar el Qué y el Cómo.

A menudo los psicoanalistas hacen referencia al proceso de comprensión como **proceso analítico**. Analizar implica conocer: captar y comprender. Y es esta la gran misión del terapeuta en la Psicoterapia psicoanalítica. Por añadidura, no solo implica compartir esa comprensión con el paciente sino, y primordialmente, facilitarla y alentarla en él. Esto último constituye su Función Sintética. Una de las metas básicas de la Terapia psicoanalítica consiste en lograr que el paciente aprenda a Ser Comprendido y a Comprender. De la misma manera, se procurará alentar la disposición del paciente a enfrentar y reconocer sus experiencias afectivas, y a admitir plenamente sus efectos. En muchas de las **interpretaciones** se procede a decir: "Creo saber lo que siente" (p. ej.: "Creo que está enojado; pero ese sentimiento le resulta intolerable, y por consiguiente...guarda silencio").

Buena parte de las transacciones por lo común tienen que ver con aspectos no intelectuales de la conducta. A la vez, sin embargo, las transacciones en sí tienen lugar fundamentalmente en términos verbales y cognitivos. Cuando el paciente se muestre enojado, triste o alegre, se le alienta a que hable de estos afectos. Así se fomenta a que el paciente experimente una amplia gama de sentimientos durante la sesión: puede reír o llorar, sentirse regocijado o desesperanzado, dejarse llevar por la ira, el deseo o lo que fuera. Pero no debe actuarlos sino verbalizar. La meta final es adquirir cierto grado de control sobre los afectos. Pero esto no significa sofocarlos o inhibirlos; en efecto el proceso analítico, muy a menudo, conduce a una **liberación de afectos**, una desinhibición o descarga de emociones, liberadas del yugo cognitivo o del temor inconsciente. Por ejemplo, la mayoría de las afecciones psicósomáticas se curan con una terapia analítica. Una agresividad sana (poder defenderse y reclamar sus derechos), pero no la violencia, tiene efectos positivos sobre la salud mental. El paciente aprende a ser libre, a adquirir una autonomía relativamente mayor durante las sesiones terapéuticas.

La psicoterapia psicoanalítica es un hecho único. No se trata de un juego, ni de un viaje, ni de un trabajo de reparación, un ajuste hidráulico o una dieta; solo es lo que su nombre indica. Con frecuencia las personas preguntan “¿Cómo es una terapia psicoanalítica?”. Hay que vivenciarlo para comprender, de otra manera es difícil explicarlo.

Además, siempre existen diferencias sustantivas entre una terapia y otra. Incluso dos pacientes muy parecidos, con problemas muy similares, que se analicen con el mismo terapeuta, inevitablemente han de vivir experiencias terapéuticas significativamente distintas.

De otra parte, en las cuestiones psicológicas hay también siempre notables excepciones; es por esto que hay que tomarlos por sentado cada vez que se enuncie una proposición o una generalización. No hay que tomar como reglas los principios técnicos, sino como simples abstracciones o generalizaciones. En cada uno de los casos clínicos que se presente es preciso evaluar con sentido crítico cada principio y cada prescripción o proscripción técnica. Nada debe aplicarse en forma mecánica o automática; su fundamento racional es lo que cuenta.

I.4. METAS E INDICACIONES DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

En lo que concierne a las metas terapéuticas de psicoterapia psicoanalítica, se postulan en términos de hacer consciente lo inconsciente (fórmula topográfica), ampliar el territorio del Yo o más autonomía del Yo (fórmula estructural) y conseguir la distinción entre Yo y objeto, es decir, salir de una relación simbiótica o fusional (fórmula objetal).

Estos planteamientos condensados como son, implican fortalecimiento de la complementación del **principio del displacer-placer con el de la realidad**, aumento de la **genitalidad** y de la capacidad de sublimación, disminución de la represión con la consiguiente liberación de energías que se destinan a trabajar, crear o amar. La distinción entre Yo y objeto supone la aceptación de los demás seres humanos dotados de una vida propia (alteridad) e independiente del sí mismo, lo cual, a su vez, implica el cuidado depresivo por el objeto.

No necesariamente se busca aplastar el **narcisismo**; más bien se intenta reemplazar el narcisismo ciegamente egoísta por un enriquecimiento de las estructuras narcisísticas del Yo, ligado a las fuentes básicas de autoestima, y en el cual el dar a los objetos constituye en sí mismo una situación de goce sopesado, así implique un cierto grado de renuncia.

Las fórmulas anteriormente expuestas se reflejan también en un aumento de la tolerancia a las frustraciones de la vida; aceptación de las propias limitaciones, pero también desarrollo de las potencialidades; enriquecimiento de la capacidad de fantasía; disminución de la rebeldía incontrolada y también el conformismo exagerado; ampliación del horizonte vital global.

Clásicamente se consideraba que el paciente ideal para el psicoanálisis es un adulto joven afectado de una **neurosis de transferencia** y con ciertas calidades básicas de inteligencia, introspección mínima y elasticidad del Yo, favorecedores del tratamiento. Por supuesto, el paciente ideal difícilmente existe y, por otra parte, el campo de acción psicoanalítico, en la medida en que se profundiza en su teoría y técnica, se amplía para extender el rango de acción a las diferentes técnicas del psicoanálisis de niños, a las crisis vitales, al trabajo con personalidades narcisísticas y fronterizas; a las adaptaciones a las enfermedades crónicas y al trabajo con esquizofrénicos, sea en el contexto del modelo básico o con cambios de éste, que desembocan en las **psicoterapias psicoanalíticamente orientadas**. El psicoanálisis es un tratamiento largo, ambicioso, difícil y costoso; de allí el desarrollo de terapias más breves, dirigidas a entidades patológicas, situaciones y pacientes específicos, y a las modalidades de psicoanálisis de grupo, de pareja o de la familia.

El psicoanálisis, empero, es simultáneamente terapia e investigación y los resultados obtenidos continúan nutriendo las aplicaciones clínicas modificadas, el terreno de lo psicosomático y las vicisitudes y fenómenos de la vida humana, en situaciones extremas y en la creatividad.

I.4.1. Las limitaciones de la psicoterapia psicoanalítica

En terapia analítica, lo que nosotros tratamos no es el problema sino al paciente, como persona total. No consideramos las fobias, el ritual obsesivo, la vena paranoica, la incapacidad para establecer relaciones íntimas, como aspectos aislados del paciente; lo que hacemos es encarar una amplia variedad y gama de aspectos de nuestro paciente. Empero, de allí pretender que hemos tratado la “persona total” y totalmente es una ficción teórica como son la “neutralidad e impersonalidad del terapeuta” y el “paciente medio esperable”.

La psicoterapia psicoanalítica no constituye un método aconsejable para absolutamente todos los pacientes que solicitan ayuda. Un paciente sumido en un estado de aguda depresión, por ejemplo, difícilmente

puede soportar sus requisitos, y menos aun beneficiarse con el tratamiento, y otro tanto ocurre en el caso de quienes adolecen de graves defectos de carácter (p.ej., los denominados psicópatas). Por añadidura, hay pacientes que, más que cualquier otra cosa, necesitan medicación (como depresión aguda, crisis psicótica, ansiedad extrema) **opsicoterapia de apoyo** durante una crisis vital, como casos de pérdida, para facilitar el **proceso de duelo**. En estas situaciones no caben interpretaciones, sino un acompañamiento **empático** y uno u otro comentario para inducir la persona a que hable de su pena y de su ser querido perdido.

Según R. Greenson, la terapia psicoanalítica estaría indicada para la histeria de ansiedad (fobias), la neurosis obsesiva y compulsiva, las depresiones psiconeuróticas y las enfermedades llamadas "psicosomáticas". Estaría contraindicada para las diversas formas de esquizofrenia y de psicosis maniaco-depresiva. Sin embargo, algunos psicoanalistas dentro de los cuales yo me incluyo, hacen psicoanálisis a los esquizofrénicos en los periodos de no crisis. Otros trastornos del carácter, como las neurosis impulsivas, las perversiones, adicciones, delincuencias y casos limítrofes serían de analizabilidad cuestionable y habrían de ser determinados por los aspectos especiales de cada caso. Además, la psicopatología que se presenta puede ser, a veces, sólo una pantalla superficial tras la cual se halla una patología más grave latente y oculta. La evaluación completa del paciente y no el diagnóstico clínico o la patología, ha de ser el punto donde se concentre la atención.

El tratamiento analítico es costoso en tiempo y en dinero y que se debe prolongar mucho. Los pacientes que piden resultados rápidos o que tienen una buena ganancia secundaria con su padecimiento tampoco tendrán la motivación necesaria.

Otro grupo de factores que ha de tomarse en cuenta es la situación externa de la vida del paciente. Una enfermedad grave agotará la motivación de un paciente o lo dejará sin energías para la labor psicológica. A veces una neurosis será un mal menor en comparación con algunas enfermedades desastrosas o algunas situaciones lamentables. Los pacientes que se hallan en plena relación amorosa excitante no suelen ser buenos para laborar en el análisis. La presencia de un cónyuge o padre enojón, agresivo o entrometido puede hacer el análisis temporalmente impracticable.

I.4.2. Lo que la terapia analítica requiere del paciente

La **motivación** del paciente es el factor más importante. Sólo un paciente fuertemente motivado podrá laborar de todo corazón y con

perseverancia en la situación psicoanalítica. La curiosidad y el deseo de entender han de complementarse con la aflicción neurótica o con el sufrimiento debido a los rasgos discordantes de su carácter para que el paciente tenga una **experiencia psicoanalítica** algo profunda. Tiene que estar dispuesto a soportar la pena de revelar sus experiencias íntimas cargadas de culpabilidad y angustia; tiene que estar dispuesto a gastar bastante tiempo y dinero, renunciar a las ventajas secundarias de su padecimiento y además no pensar en resultados rápidos ni temporales.

Los caracteres orales guiados por sus impulsos, que dominan malamente, y necesitados de satisfacciones rápidas hallan la situación psicoanalítica en extremo difícil de sostener, y son propensos a interrumpir el tratamiento por medio de alguna actuación.

Se necesitan también **ciertas aptitudes**. Se pide que el paciente sea capaz para analizarse: a) de regresionar y progresar, b) de ser pasivo y activo, c) de renunciar al control y de mantenerlo y d) de renunciar a la prueba de realidad y de conservarla. Para realizar todo esto, el paciente tiene que tener funciones yoicas elásticas y flexibles. Esto parece estar en contradicción con nuestra anterior descripción de la neurosis, resultado de una insuficiencia en las funciones yoicas. Pero lo que caracteriza al neurótico analizable es que el defectuoso funcionamiento de su Yo se limita a aquellas regiones más o menos directamente ligadas a sus síntomas y rasgos de carácter patológicos. A pesar de su neurosis, el paciente tratable conserva la facultad de funcionar con eficacia en las esferas relativamente libres de conflicto. Además, a medida que avanza el tratamiento esperamos que se produzca un incremento paralelo en el campo de las funciones yoicas flexibles.

Debe tener cierta capacidad de laborar con el analista y también dejarse regresionar y sentir diversos tipos e intensidades de amor y odio por él. Para decirlo sucintamente, deberá acostumbrarse a ir y venir entre la **alianza de trabajo** y la **neurosis de transferencia**.

El paciente ha de tener cierta capacidad de soportar la incertidumbre, la angustia y la depresión, las frustraciones y humillaciones que aparecen en el curso del análisis, sin recurrir a acciones destructivas.

Pedimos al paciente que no haga ningún cambio radical en la realidad de su situación hasta que éste completamente analizado. Para ello habrá de tener paciencia, posponer la acción pero no entregarse a la resignación ni la desesperación. Antes de poder asimilar los *insights* que proporciona el analista tiene que comprobar primero su validez, introspeccionarse, reflexionar, rumiarlo y digerirlo todo. Sus funciones yoicas sintéticas e integrantes, en conjunción con su alianza de trabajo, hacen posible la elaboración.

CAPÍTULO II.

COMPONENTES DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

En este capítulo estudiaremos las definiciones y descripciones operativas de los procedimientos y procesos terapéuticos empleados en el psicoanálisis.

II.1. SITUACIÓN ANALÍTICA

La situación analítica abarca la totalidad de las transacciones que se llevan a cabo en el *campo* configurado por el analista y el analizando, desde el comienzo del tratamiento hasta su finalización, y comprende *encuadre* y *proceso*.

II.1.1. El encuadre

El encuadre o "*setting*" se refiere al conjunto de normas y habitualidades que configuran la relación analista-paciente, en el contexto de la terapia: además, y esencialmente, se relaciona con la **actitud psicoanalítica**, consistentemente receptiva, favorecedora de la comprensión, desprovisto en lo posible de juicios peyorativos de valor.

El encuadre permite obtener que la situación analítica tenga características cuasi experimentales para el estudio de cómo piensa y siente el ser humano. En las sesiones analíticas se busca:

1. Colocar al analizando en condiciones operativas constantes.
2. Favorecer el relajamiento de las actitudes de control.
3. Asegurar el mantenimiento de las capacidades de observación del Yo.
4. Evitar que el analizando encuentre en el tratamiento satisfacciones sustitutivas de las que consigue en el uso de los mecanismos de defensa.

La situación analítica con sus requisitos y reglas no es un procedimiento inventado al azar, sino que es un contexto concebido con el doble

propósito de curar y de crear una situación casi experimental. Se busca disminuir el número de variables en juego por la disminución de estímulos que origina una ligera deprivación sensorial y por el anonimato del analista (anotamos que el analizando se acuesta y no ve al analista; y hace “**asociación libre**”).

El encuadre se define también como **el continente** en el que se desarrolla el proceso psicoanalítico.

-Continente que contrapone el orden frente al caos interior del paciente.

-Continente que facilita la proyección de los contenidos internos del paciente.

-Continente que favorece el estudio sistemático de la relación transferencial-contratransferencial.

La actitud psicoanalítica y la de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas comprende, entre sus puntos básicos, la **neutralidad**, y la estimulación de la comprensión. Su esencia, en lo que concierne al intercambio de mensajes puede sintetizarse de la manera siguiente: En una comunicación habitual si la persona A envía una señal agresiva a la persona B, B responderá también con agresividad. El paciente neurótico (A), proyecta sus contenidos en B, éste actúa el rol inconscientemente transmitido por las identificaciones proyectivas de A. El paciente, mientras más neurótico sea, más espera respuestas simétricas. Simultáneamente es consciente de las contestaciones que recibe, no así del mensaje que envió para provocarlas.

En las terapias analíticas, el paciente proyecta sus contenidos, sus sentimientos, frustraciones, rabia, erotismo, vale decir, sus mensajes al analista; éste en lugar de devolver inmediata y violentamente la señal del paciente, la recibe, la demora dentro de sí, la metaboliza, por así decirlo, y la devuelve por otro vector destinado a aumentar la comprensión del analizando en relación al qué y al porqué de su forma peculiar de sentir y actuar en la sesión, que constituyen un reflejo fiel de su manera de estar en el mundo.

El analista agrega a los dos pasos de comunicación habitual, un paso más, relacionado con sus propias capacidades de “**holding**” y **continente**.

Eso implica un renunciar a la acción motora directa para poder contribuir a que el paciente, a su vez, pase paulatinamente del “**acting**” a la reflexión, es decir, del dominio del placer a su complementación con el principio de realidad.

El análisis comienza con el establecimiento de un acuerdo que se denomina **alianza terapéutica** o **pacto**” **o contrato de trabajo**, que supone un pacto entre el analista y los núcleos más sanos del paciente.

En el contexto de este pacto, se plantean al paciente las condiciones en las que se llevará a cabo el trabajo, que constituyen apenas las reglas para iniciar el análisis.

Estos factores comprenden, entre otros, el horario de trabajo, el pago de honorarios, por supuesto, la regla de la asociación libre, que constituye la piedra fundamental de la labor analítica.

El horario, que suele ser de cuatro sesiones a la semana en condiciones ideales, tiene importancia porque proporciona una estabilidad básica de trabajo y una frecuencia suficiente de encuentros por semana que facilita la transferencia.

El **diván** y la posición yacente constituyen fundamentos importantes del psicoanálisis en varios sentidos:

- Favorecen la pantalla de proyección que deviene el analista.
- Facilitan la regresión al servicio del Yo.
- Disminuyen los estímulos sensoriales, obligando al paciente a concentrarse en sí mismo.
- Se limita el acceso a la motricidad, lo que conduce a una mayor producción en términos de imágenes sensoriales, fantasías y palabras.
- Estimula la asociación libre.

La **regla fundamental** para el paciente en las terapias analíticas es la **asociación libre**. Al analizando se le solicita que durante el transcurso de las sesiones explicita lo que siente y piensa, sin censurarlo, y sin que importe que le parezca absurdo, agresivo, banal o le produzca vergüenza o dolor.

II.1.2. El proceso analítico

El proceso analítico es un devenir temporal de sucesos que se encadenan y tienden a un estado final. Estos sucesos se relacionan entre sí, por fenómenos de regresión y progresión, que el estado al que tienden es la cura y que la intervención del analista consiste básicamente en el acto de interpretar. El proceso analítico consiste

principalmente en resolver las represiones a través de un trabajo común de analizando y analista, en el contexto de una relación de objeto que involucra procesos de identificación, identificación proyectiva, transferencia, neurosis de transferencia, contratransferencia, contraidentificación proyectiva, resistencia, regresión, abreacción, *insight* y elaboración.

II.2. PRODUCCIÓN DE LA MATERIAL

II.2.1. La asociación libre y los sueños

Después de haber concluido las entrevistas preliminares donde se evalúa la indicación o no de una terapia psicoanalítica, se pide al paciente que intente la asociación libre de sus ideas. El paciente suele asociar libremente sus ideas en la mayor parte de la sesión, pero también puede comunicar sueños y otros sucesos de su vida diaria o de su pasado. Puede también incluir sus asociaciones libres cuando cuenta sus sueños u otras experiencias.

En el caso de una reacción psicótica incipiente donde el paciente no puede parar sus asociaciones libres para restablecer el pensamiento lógico, el terapeuta tiene que recurrir a la sugestión y dar órdenes.

La asociación libre es el método principal de producir material en el psicoanálisis y en las psicoterapias de orientación psicoanalíticas. No se emplea en las terapias de apoyo en los momentos de crisis.

II.2.2. Las reacciones transferenciales

La transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad que no son apropiados para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. La susceptibilidad de un paciente a reacciones transferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus instintos y la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga. El paciente propende a repetir en lugar de recordar. Pero repitiendo, reviviendo el pasado, el paciente facilita que el pasado entre en la situación del tratamiento. Las repeticiones transferenciales introducen en el análisis un material que sin eso sería inaccesible. Debidamente manejado, el análisis de la

transferencia llevará a recuerdos, **reconstrucciones**, al *insight* y al final al cese de la repetición.

II.2.3. La neurosis de transferencia

Con el avance paulatino del tratamiento se produce en el paciente un aumento de la regresión al servicio del Yo, ejemplificado por la mayor autoobservación, debido a la relativa deprivación de estímulos sensoriales y la frustración que produce el hecho de que el analista es neutral, es decir, que no premia ni castiga, se mantiene como una figura estable y no toma partido ni en pro ni contra de las figuras conflictivas del paciente.

Al mismo tiempo que esta regresión y como cristalización de ella, comienza a producirse en la vida del paciente un importante desplazamiento: la libido, el interés, la rabia, el cariño y la frustración se proyectan en la figura del analista que básicamente se transforma en lo que constituye el “analista-pantalla” o “analista-espejo”. En otras palabras, el paciente condensa la disposición transferencial en el analista; las vivencias se sienten en el aquí y ahora y la neurosis habitual del paciente se convierte en “**neurosis de transferencia**”.

El término transferencia se refiere tanto al fenómeno universal de la repetición de la vida psíquica, como a su aparición y manejo en la terapia analítica. La transferencia negativa comprende el odio y la agresiva (enojo, disgusto, rabia o desprecio por el analista). La transferencia positiva comprende el respeto, el gusto, el cariño, la confianza, el amor al prójimo hacia el terapeuta o eventualmente el amor pasión. La transferencia negativa tiene el significado de resistencia, debido a que tiende a presentarse cuando el paciente se acerca a un momento de introspección.

La transferencia en el tratamiento psicoanalítico implica:

- El relato del paciente deja de ser tal para convertirse en una realidad viviente.
- Una constante reviviscencia de fenómenos infantiles y de experiencias que el paciente vive y actúa en el afuera, pero que al condensarse ahora en el *campo*, pueden observarse con vigor y precisión. La transferencia no permite viajar al pasado; da lugar, sin embargo, a que este pasado pueda traerse al presente, ser sentido, estudiado, reflexionado y, por lo tanto, metabolizado.

- Los cambios registrados mediante la auscultación cuidadosa de la transferencia-contratransferencia implican, necesariamente, modificaciones del paciente en su vida común y corriente.

La neurosis de transferencia es un instrumento de la situación analítica y sólo puede anularla la labor analítica. Facilita la transición de la enfermedad a la salud.

Las teorías genéticas que sustenta el analista influyen sobre el cuando se maneja la transferencia. La escuela kleiniana interpreta las transferencias desde el inicio cuando emerge angustia, mientras que la escuela clásica espera la presentación de neurosis de transferencia condensada. Heinz Kohut y su escuela de psicología del sí mismo (*self*) preconizan no interpretar al inicio, y a veces durante mucho tiempo en los pacientes con personalidad narcisista.

En las formas antianalíticas de psicoterapia, las reacciones de transferencia no se analizan sino que se satisfacen y manipulan. El terapeuta asume el papel de alguna figura del pasado, real o imaginada y satisface algún deseo infantil del paciente. Podría actuar como un padre amante o alentador, o como un moralista castigador, y el paciente podría sentir una mejoría temporal o incluso creerse "curado". Pero esas "curas de transferencia" son pasajeras y duran sólo mientras la transferencia idealizada del terapeuta está intacta.

Estudiaremos ampliamente las reacciones transferenciales y la técnica de sus análisis en el capítulo VIII.

II.2.4. La contratransferencia

Todos los fenómenos de la situación analítica se refieren a ambos participantes, con la única excepción de la interpretación (función del analista). Así, si para el paciente la regla básica es la de la libre asociación, para el analista la regla básica es la "**atención flotante**", es decir, el analista debe oír todo lo que le dice el paciente y escuchar también las resonancias que evocan o despiertan en su propio interior las comunicaciones de éste.

Se ha dicho que el analista es neutral, pero esto no significa que no esté presente; los mensajes verbales y preverbales hacen surgir en el analista fantasías, sensaciones, pensamientos y emociones conscientes e

inconscientes. A este resonar del analista se le conoce con el nombre de contratransferencia.

La contratransferencia existe siempre: en el terapeuta surgen también impulsos y sentimientos hacia los consultantes, que se entrometen inevitablemente en su función de comprender e interpretar. A la transferencia del paciente, responde la contratransferencia del terapeuta, con sentimientos, con angustias, con defensas y con deseos. Es a través de ésta como percibimos y podemos comprender algunos sentimientos que el paciente experimenta a su vez hacia el terapeuta. El terapeuta, al poder aclarar a sí mismo el conjunto de sus reacciones inconscientes hacia el paciente y los elementos transferenciales del paciente es de vital importancia para su tratamiento. El hecho de no comprender el sentido de la contratransferencia, puede producir contraactuaciones y provocar un efecto perturbador en la terapia que dificulta la dinámica del proceso.

La contratransferencia es también dinámica como la transferencia. Es decir, el terapeuta revive con el paciente sentimientos, recuerdos, reviviscencias, impulsos, que inicialmente estuvieron en relación con otro u otros seres. De manera que esto le quita la libertad en la medida en que no conozca esos vínculos y acepta sus repercusiones y sus consecuencias. Muchas veces una persona nos produce una sensación de incomodidad o de simpatía en forma desigual y aparentemente inexplicable.

Las primeras entrevistas deben servir entonces no sólo para la exploración del consultante sino del terapeuta frente a él. Como no existe la neutralidad absoluta debemos saber por qué es así y cómo podemos utilizar en provecho de la comprensión y la libertad una preferencia o un sentimiento contrario.

Muchos son los indicios que pueden sugerir la presencia de elementos contratransferenciales inadecuados o perturbadores. Los principales son:

1. Preocupación persistente durante o después de las horas de terapia con un paciente.
2. Halagar al consultante por temor a perderlo.
3. Descuido en los convenios sobre aspectos económicos y de tiempo; lo mismo que el temor a hablar de los aumentos en los honorarios.
4. Olvido de la cita con un paciente, llegar tarde a ella, o prolongar repetidamente y sin motivo especial la hora de la sesión.
5. Experimentar repetidamente sentimientos eróticos o agresivos.

6. Fomentar la dependencia continuada.
7. Perturbarse por las sensaciones o reproches de un paciente.
8. Deseos de que se presenten situaciones que dificulten por parte de un paciente la continuación del tratamiento o la asistencia a una o más citas.
9. Aparición de indicios de fastidio o de sentimientos de antipatía respecto a un paciente.

Los errores debidos a la contratransferencia se presentan cuando el analista reacciona inconscientemente a su paciente como si éste fuera una persona importante en la historia temprana del analista y no se da cuenta durante tiempos largos. La prolongada interferencia contratransferencial induce necesariamente errores de técnica del terapeuta y puede provocar reacciones de transferencia intratables en el paciente.

Hoy en día se concibe la contratransferencia como la guía principal para llegar a la problemática del paciente, siempre y cuando el analista la siente plenamente y la elabore por su función analítica. Si el analista acepta inconscientemente el rol proyectivo que le ha transmitido el paciente y lo contraactúa se halla en una “**contraidentificación proyectiva**” (Grinberg), concepto éste que tiene puntos de similitud con lo que Racker denomina “**contratransferencia complementaria**”, en la cual el analista se identifica con los objetos internos del paciente.

Hasta cierto punto, la contraidentificación proyectiva es inevitable. La tendencia básica del proceso, sin embargo, permite al analista salir de la contraactuación y rescatar su misión de comprender.

Trataremos la contratransferencia también en el capítulo IV.4.5.

II.2.5. Las resistencias

Resistencia quiere decir todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor analítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento. Las resistencias defienden el *statu que* de la neurosis del paciente. Se oponen al analista, a la labor analítica y al Yo razonable del paciente.

Las resistencias son repeticiones en el análisis de todas las operaciones defensivas que el paciente ha realizado en su vida pasada. Aunque algunos aspectos de una resistencia puedan ser conscientes, la parte esencial la desempeña el Yo inconsciente. Al analista toca descubrir la forma en que resiste el paciente, a qué resiste, y por qué lo hace. La causa inmediata de una resistencia es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la ansiedad, la culpabilidad o la vergüenza. En definitiva se descubrirá que lo que la resistencia quiere evitar es el miedo a un estado traumático.

Las resistencias se pueden clasificar como egosintónicas y ajenas al Yo. Si un paciente siente que una resistencia es ajena a él, está dispuesta a tratarla analíticamente. Si es egosintónica, puede negar su existencia, tratar de reducir su importancia o de librarse de ella racionalizándola. Uno de los primeros pasos en el análisis de una resistencia es convertirla ajena al Yo para el paciente.

En las terapias de apoyo, el terapeuta trata de reforzar las resistencias. Esto bien pudiera ser necesario también en pacientes susceptibles de caer en un estado psicótico.

A medida que el paciente comienza a relacionarse con su analista, a través de la regla fundamental, las cadenas asociativas y las asociaciones libres por el ineludible determinismo psíquico, se acercan a temas que, de una manera u otra, son dolorosos o molestos y que se relacionan con lo reprimido. A estas dificultades para el cumplimiento de la regla fundamental se las denomina “bloqueos” o “resistencias”, que corresponden a la proximidad de lo reprimido, y las fuerzas que los determinan son las mismas causantes de la represión.

El analizando puede darse cuenta de sus propias resistencias, gracias al incremento de su Yo observador, inicialmente limitado a la introspección que lo llevó al análisis, y al cual proporciona el mantenimiento del encuadre que facilita una parte fundamental de la estrategia del comienzo de la terapia, cuya esencia reside en la escisión del Yo del paciente, para fomentar un Yo crítico de sus propios actos y motivaciones.

Estudiaremos detalladamente en el capítulo séptimo las resistencias y la técnica de su análisis.

II.3. ANÁLISIS DEL MATERIAL DEL PACIENTE

El análisis caracteriza todas las técnicas consideradas analíticas, las que tienen por objetivo directo incrementar el *insight* que el paciente tiene de sí mismo. Algunos procedimientos no facilitan el *insight per se* pero refuerzan las funciones del Yo necesarias para llegar a la comprensión. Por ejemplo, la abreacción puede lograr que se produzca una descarga suficiente de la tensión instintual, de modo que el Yo asediado no sienta ya en peligro inminente. El Yo así tranquilizado puede observar, pensar, recordar y juzgar, funciones que había perdido en el estado de ansiedad aguda. Abreacción es uno de los procedimientos *no analíticos* que facilitan más tarde el *insight*.

Los procedimientos antianalíticos son aquellos que bloquean o reducen la capacidad de insight y comprensión. El empleo de cualquier medida o método de acción que reduce las funciones yoicas de observar, pensar y juzgar entra en esta categoría. Son ejemplos obvios la administración de drogas, las seguridades dadas pronto y fácilmente, ciertos tipos de gratificaciones transferenciales, digresiones, etc.

Analizar alude a los procedimientos que favorecen el *insight*. Suele comprender cuatro procedimientos: *confrontación, aclaración, interpretación y elaboración o translaboración*.

El primer paso para analizar un fenómeno psíquico es la **confrontación o señalamiento**. El fenómeno en cuestión tiene que hacerse evidente, tiene que resultar explícito para el Yo consciente del paciente. Por ejemplo, antes de poder interpretar la razón que pueda tener un paciente para evitar cierto tema en la sesión se tiene que poner frente al hecho de que está evitando algo.

La confrontación lleva al paso siguiente, la **aclaración o clarificación**. La aclaración se refiere a aquellas actividades que tienden a enfocar nítidamente los fenómenos psíquicos que se están analizando. Hay que extraer los detalles significantes y separarlos cuidadosamente de la materia extraña. Es la traducción (sin metabolización) de los contenidos del paciente integrando elementos conscientes y preconscientes, sin apelar a lo inconsciente ni al manejo de la transferencia.

El tercer paso del análisis es la **interpretación**. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Más exactamente, significa hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado. Esto por lo general requiere más de una intervención. El analista emplea su propio inconsciente, su empatía e intuición, así como sus conocimientos teóricos, para llegar a una interpretación. Al interpretar vamos más allá de lo directamente observable y atribuimos significado y causalidad a un fenómeno psicológico. Necesitamos ver las reacciones del paciente para poder determinar la validez que merece nuestra interpretación. Estudiaremos

con más detalle las interpretaciones y sus principios en el capítulo quinto.

El cuarto paso del análisis es **la elaboración o la translaboración**. Se trata de una serie compleja de procedimientos y procesos que se produce después de presentarse un *insight*. La labor analítica que hace posible el que el *insight* lleve a un cambio es la translaboración. Principalmente se trata de las exploraciones repetitivas, progresivas y elaboradas de las resistencias que se oponen a que el *insight* conduzca a un cambio. La translaboración pone en movimiento muchos procesos circulares en los que el *insight*, el recuerdo y el cambio de comportamiento se influyen mutuamente.

Debe observarse que parte de la labor de translaboración la realiza el paciente fuera de la consulta. La translaboración es el elemento que más tiempo consume en la terapia analítica.

Otro variable es el hecho de que los imponderables de la vida cotidiana pueden invadir la vida del paciente y tomar la precedencia por razones psicoeconómicas sobre todo lo demás que entra en el análisis.

II.4. PROCEDIMIENTOS Y PROCESOS TERAPÉUTICOS NO ANALÍTICOS

Ellos pueden considerarse como coadyuvantes y pasos previos y preparatorios para el fenómeno interpretativo-elaborativo. Todas las medidas no analíticas al fin acaban por ser también objeto de análisis. Examinaremos cuatro principales agentes terapéuticos no analíticos: la abreacción o catarsis, la sugestión, la persuasión y la manipulación.

II.4.1. La abreacción o la catarsis

La catarsis está relacionada con la descarga de emociones e impulsos reprimidos. Freud la consideraba en un tiempo método de tratamiento curativo. Hoy se considera la abreacción válida para dar al paciente el sentido de convicción acerca de la realidad de sus procesos inconscientes. La intensidad emocional puede vivificar los detalles de una experiencia que de otro modo podría permanecer vaga e irreal. La expresión de afectos e impulsos puede procurar una sensación temporal de alivio subjetivo, pero eso no es un fin en sí y de hecho se puede convertir en fuente de resistencia. De todos modos, es importante

ayudar a un paciente a volver a vivir las emociones de una experiencia traumática para recapturar detalles importantes que de otro modo podrían pasar inadvertidos. Además, permite al paciente descargar una cantidad suficiente de tensión para que pueda arreglárselas mejor con el resto de sus vivencias. En el análisis de un paciente con depresión crónica fue necesario que durante varios meses pasara una parte de la sesión sollozando incontrolablemente antes de que estuviera en condiciones de laborar analíticamente en su depresión.

La catarsis implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos. La catarsis o la abreacción son básicas en la terapia analítica. Es obvio que proporciona al paciente posibilidades de desahogo. En el análisis, dista de ser suficiente, dado que, si bien descarga en algo el conflicto dinámico, éste se vuelve a cargar. La descarga del conflicto por sí sola, no implica automáticamente la resolución de éste.

II.4.2. La sugestión

La sugestión está relacionada con la inducción de ideas, emociones e impulsos en un paciente. Se halla en todas las formas de psicoterapia porque se deriva de la relación entre padre e hijo, y las personas acongojadas fácilmente adoptan la posición emocional de un niño respecto del terapeuta padre.

En el curso de un análisis hay ocasiones en que es aconsejable animar a un paciente a que trate de soportar algún dolor o frustración. Es mejor si se puede explicar la razón de esta actitud. A veces uno sólo puede decir algo así: "Usted podría sentirse mejor si se encarara con ello". Por lo general estas sugestiones o seguridades tienen éxito. También puede uno decir cosas como: "Cuando ya no tema recordará sus sueños"; y el paciente empezará a recordar sus sueños.

Tiene la sugestión dos peligros principales. Uno es el de servirse de ella innecesariamente y seducir al paciente para que se acostumbre a ese medio regresivo de apoyo. El otro es el de emplearla sin darse cuenta. Entonces no se analizará la influencia sugestiva del analista y el paciente adquirirá, de hecho, un nuevo síntoma neurótico con las sugestiones no analizadas de su analista. Esto sucede cuando se dan las interpretaciones como dogma. Entonces los pacientes se apegarán a la interpretación como a una idea obsesiva.

La sugestión consiste en la capacidad terapéutica de convencer al paciente a través de elementos afectivos. Dinámicamente los elementos que más juegan en la sugestión son la identificación y la proyección del Superyó. La sugestión es la base de la hipnosis. En el modelo psicoanalítico básico, se encuentran elementos de sugestión en el pacto

y en el encuadre, provistos de ciertos aspectos ritualísticos que movilizan emociones e idealizaciones relacionadas con la transferencia positiva.

II.4.3. La persuasión

Reside en transmitir a un paciente la convicción de algo que el terapeuta ha entendido sobre él, mediante la utilización de mecanismos predominantemente intelectuales. En lo que al psicoanálisis concierne, hay elementos de persuasión en toda interpretación, por neutral que pretenda ser; además, el encuadre proporciona la oportunidad de crear y fomentar el Yo observador del paciente.

II.4.4. La manipulación

Aun que el vocablo ha adquirido una connotación desfavorable en los círculos psicoanalíticos porque la han empleado abusivamente los llamados “analistas silvestres”, forma tanto parte de la terapia analítica como la abreacción o la sugestión. Es manipulación quedar callado durante la consulta para dejar que un afecto se robustezca hasta hacerse más demostrable. Es manipulación no analizar la transferencia para dejarla alcanzar cierta intensidad. Pero todas estas manipulaciones tienen un objetivo analítico indirecto, que es favorecer el *insight*. Otras manipulaciones son más sutiles. Por ejemplo, el tono de voz o la entonación tienen efectos evocadores que pueden traer reacciones y recuerdos al análisis y con ello favorecer los procesos analíticos. Lo importante es tener conciencia de la manipulación o al menos de la posibilidad de que se haya empleado inadvertidamente.

En algunos casos excepcionales de la terapia analítica se puede utilizar la manipulación como instrumento técnico o finalidad terapéutica. Por ejemplo, las interrupciones sistemáticas del tratamiento fueron utilizadas con los pacientes cuyo conflicto específico era la independencia consciente y necesidades profundas de dependencia.

Las maniobras manipulativas se presentan también, y con frecuencia, en las **terapias directivas**, en las que se acostumbra a ayudar al paciente, a buscar trabajo, aconsejarle que se mude de un sitio de residencia a otro, o que rompa una relación afectiva.

La manipulación constituye uno de los elementos más importantes de aquellas **terapias del comportamiento** en las que, y en oposición con lo que plantea la terapia psicoanalítica, se establece una ecuación entre síntoma y conflicto, de modo que al eliminar el síntoma se liquida supuestamente el conflicto. Por ejemplo, sobre la base del condicionamiento clásico o del operante, se obliga al paciente a enfrentarse a las situaciones fóbicas que teme o se divide la sexualidad en pasos y después de manipular la situación del paciente en las etapas consideradas más débiles.

II.5. ALIANZA DE TRABAJO

Sólo un neurótico relativamente sano puede ser analizado sin modificaciones ni desviaciones importantes de la técnica "clásica" psicoanalítica.

La alianza de trabajo (o alianza terapéutica) es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica.

Las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del análisis y su capacidad de trabajar analíticamente con los *insights* dolorosos y regresivos que provoca. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista. El hecho significativo que ocurre es una identificación parcial y temporal del paciente con la actitud y el modo de trabajar del analista que el paciente percibe directamente en las sesiones analíticas regulares.

El paciente, el analista y el encuadre analítico contribuyen a la formación de esta alianza de trabajo. La conciencia del padecimiento neurótico y de la posibilidad de que el analista le ayude mueve al paciente a buscar la situación analítica y a trabajar en ella. El analista lleva a la alianza de trabajo su constante interés en el entendimiento y *elinsight*, y sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no juzgadoras. El encuadre analítico facilita la formación de la alianza de trabajo con la frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, el empleo del diván, el silencio, etc.

Para analizar con éxito la neurosis de transferencia es necesario que el paciente haya formado con el analista una firme alianza de trabajo. La capacidad que tenga el paciente de oscilar entre la alianza de trabajo y las reacciones transferenciales neuróticas es la condición imprescindible para la labor analítica. La alianza de trabajo proporciona la motivación cotidiana así como la capacidad de realizar la labor analítica. El material esencial reprimido e inaccesible lo proporcionan las reacciones de transferencia neurótica, y principalmente la neurosis de transferencia.

II.6. IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA

La técnica es la manera de asegurar logros y que se cumplan al máximo nuestros propósitos analíticos a la vez que mantenemos un grado óptimo de tacto. La técnica tradicional está caricaturizada sin piedad, se convirtió en objeto de burla en las películas de Hollywood o aún de telenovelas colombianas. La técnica es importante en psicoterapia, y una buena técnica es indispensable para una buena terapia.

Hay terapeutas que adoptan, sobre la técnica, el criterio aventurado de que “todos los caminos conducen a Roma”, en vez de aceptar, juiciosamente, que en realidad solo algunos caminos pueden llevarnos a la Ciudad Eterna.

La técnica se refiere a la forma en que se conduce la psicoterapia. La técnica implica los criterios, principios y tácticas en que se basa con el fin de instrumentar los propósitos. El modo en que se define el rol del terapeuta y el modo en que el terapeuta estructura las sesiones son cuestiones de técnica; el modo en que se comunica la comprensión, en que se formula las Interpretaciones y se regula su ritmo, reflejan consideraciones de índole técnica. Elementos tales como la manera de interrogar, de encarar las preguntas directas como cuando mi paciente me pregunta cuántos años tengo, lo que enfrento es un problema técnico; no solo técnico, por supuesto (porque es preciso comprender el sentido de la pregunta), pero también técnico. Cuando llega siempre tarde, cuando repetidamente niega la validez de mis interpretaciones, cuando cuenta un sueño, cuando guarda silencio, cuando insiste en que debo convertirme en su amigo y consejero, mis respuestas se hallan determinadas, en proporción significativa, por consideraciones de orden técnico.

Por ejemplo, las interpretaciones deben ser simples, dar prioridad al aquí-y-ahora por sobre el allí-y-entonces, son principios de orden técnico que ayudan al paciente que reflexione sobre sí mismo y que se conozca mejor.

En pocas palabras es cuestión de técnica, la manera en que el terapeuta lleva sus intenciones a la práctica.

Por último, para adoptar una técnica en forma decidida se requiere una convicción que no surge de la teoría sino de la experiencia de su eficacia real en la práctica. Y el terapeuta deberá adquirir esa convicción, que solo la experiencia puede darle, para aplicarla bien.

Unos ejemplos de técnica de psicoterapia psicoanalítica.

Si el paciente proyecta, mejor interpretar que responder. Por ejemplo: "Tengo la impresión que lo que le cuento hoy no le importa", en lugar de decir "Sí me importa", vale decir: "Usted siente la necesidad de creer que no me importa".

Incidentes tales como la tardanza, no llegar a una sesión, olvidar el pago, etc. pueden resultar útiles para la labor terapéutica.

La psicoterapia analítica proscribió suministrar al paciente información personal sobre el terapeuta. En caso de que el paciente pregunta algo personal, el analista no responde, el paciente se pone furioso o triste o avergonzado, etc., hay que demostrarle, de alguna manera, que sus sentimientos son aceptables y que no representan una amenaza para tu persona: puedes tolerarlos, y consideras que él también puede hacerlo.

Las intervenciones -ya sean interpretaciones, confrontaciones o simples observaciones- son solo útiles cuando son aceptables para el paciente (bien en el nivel consciente, bien para un sector de su personalidad). De lo contrario el paciente se verá imposibilitado de encarar el tema. Es por esto que, en general, las interpretaciones son muy progresivas y las metas se alcanzan POCO A POCO. Además un pequeño cambio puede tener muchas consecuencias.

Tanto las interpretaciones como las confrontaciones pueden provocar una discusión, cosa que por lo común hay que evitarse en terapia analítica. Con frecuencia, las discusiones solo ponen a prueba el ingenio de las partes, su capacidad mental y facilidad de palabra. Al entrar en pugna, cada uno trata de ganarle al otro, de no resultar perdedor. En general hay que evitar todo tipo de altercado.

Si se opta por una interpretación, se debe primero simplificarla, enunciarla mentalmente y aguardar a que llegue el momento adecuado para hacerlo en voz alta, un momento de apertura, de suerte que la imposición sea mínima. No se debe interrumpir al paciente al comienzo de la sesión, sino escuchar su relato prestando atención, en forma simultánea, a dos de sus aspectos centrales: 1) su contenido manifiesto (se escucha con el fin de comprender y recordar); 2) otros contenidos que puedan conectarse, o asociarse de manera apropiada, con algún aspecto de la interpretación.

Normalmente no se interroga en las sesiones para no imponer el tema; solo se puede interrogar con miras a una interpretación (y para poder

tener una respuesta a una eventual pregunta del paciente “¿Por qué me lo pregunta?”).

Se evita decir algo que pueda apartar del tema, se busca el modo de hacerle retomar el hilo de la cuestión, si es pertinente, cuando comienza a apartarse.

El paciente no debe sentirse acorralado para examinar un tema, impuesto por el terapeuta como una confrontación, que por ahora no desea examinar.

Hay varias razones para no sondear a una persona mientras guarda silencio. Una de ellas es la implicación de que el paciente no debería quedarse en silencio.

Se dijo que “Hay que evitar los interrogatorios, fuera de las entrevistas de evaluación inicial”. Pero cuando se presenta el caso de que no se comprende lo que dijo el paciente, se puede preguntar: “No comprendí lo que dijo, o lo que trato de decir”.

En toda comunicación hay más de un mensaje o significado implícito. Toda interpretación lleva también implícita una carga de significados adicionales que pueden ir de la aprobación a la prohibición. Entre sus significados implícitos puede contarse una norma, un consejo, una reconvención, el perdón. Con el fin de quitar dudas, debemos estar siempre preparados para señalarle, luego de una intervención nuestra, los significados implícitos que no era nuestro propósito transmitir.

Por ejemplo, a la pregunta: “¿Qué edad tenía usted en la época en que sucedió el hecho que relata?”, el paciente podría recibir los siguientes mensajes:

1. La edad es importante.
2. El terapeuta quiere saber todos los detalles.
3. Mi relato de los hechos adolece de fallas.
4. El cree que estoy distorsionando los hechos (puesto que era tan joven cuando tuvo lugar el incidente).

Otro ejemplo, “Usted se siente muy mal este lunes, es posible que se sienta culpable de no haber almorzado por la primera vez este domingo con su madre”. El paciente puede tomar esta interpretación como una desaprobación de su actitud con su madre y preguntar “¿Por qué tengo que comer con mi madre cada domingo?” El terapeuta debe aclarar: “No quise decir que usted debe almorzar con su madre cada domingo”.

Los pacientes suelen sentir que toda interpretación requiere una respuesta de su parte. Muchos se creen obligados a considerar el contenido de la interpretación; algunos sienten que deben confirmarla o refutarla, otros sienten la necesidad de expresar gratitud por lo que se les brinda, y reaccionan entonces de diversas formas. Todas estas reacciones deben ser expuestas y analizadas, porque no era propósito del terapeuta provocarlas y, por lo tanto, no son respuestas deseadas. El ideal que perseguimos es un estado de cosas en que el paciente se sienta tan libre después de una interpretación como antes. Por supuesto, es uno de los tantos ideales inalcanzables; pero hay que tratar de aproximarse a él.

Con todas las precauciones y aclaraciones del terapeuta si el paciente sigue sintiéndose impuesto, dirigido, recriminado, exonerado, aconsejado, etc. entonces se trata de un problema de transferencia que debe ser considerado como tal.

CAPÍTULO III.

ETAPA INICIAL DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La terapia se puede dividir en tres etapas principales: inicial, intermedia y final.

La iniciación suele revestir importancia crítica. Es entonces cuando se establece y pone en marcha la forma específica que tendrá la terapia, elemento del que posiblemente dependerá todo su desarrollo. Es durante esta etapa que cobrarán primacía nuestros principios técnicos. Para adquirir la debida comprensión de los hechos es preciso esperar, ya que ello demanda información y, por ende, tiempo; pero no hay por qué esperar para aplicar una técnica. La etapa inicial será el momento más adecuado para enseñar y aprender la técnica.

III. 1. ENTREVISTAS Y EVALUACIÓN

Hay que tomar nota mentalmente de toda actitud del paciente, desde su llamada, su estado en la sala de espera, su entrada en el consultorio, su saludo y su manera de tomar asiento. Desde el momento aun de antes de iniciación oficial de la psicoterapia, todas y cada una de las transacciones producidas pueden tener implicaciones significativas para su futuro desarrollo.

El modo más natural de abrir la conversación es **dilucidar por qué, y de qué manera, ha decidido acudir a su consultorio.**

Un punto importante es el conocimiento previo que se tiene de dicho paciente. Si fue remitido a su consultorio por un profesional que le realizó una entrevista, es probable que dicho profesional ya le haya informado sobre él, dándole su impresión clínica del paciente. En tales circunstancias, si el paciente toma asiento y le mira ansioso, esperando que inicie la conversación, podrá observar: “El doctor X me informó sobre la entrevista que tuvieron”. O, si el paciente inicia la conversación preguntando: “¿Le habló de mí el doctor X?”, podrá responder: “sí, me informó sobre la entrevista que habían realizado”. Puede ahora referirle lo que ya sabe sobre su caso, omitiendo, por supuesto, la opinión clínica del doctor X. Y se puede añadir: “Por qué no me cuenta algo más sobre lo que le pasa, para ir conociéndolo mejor”. Algunas terapeutas adoptan la costumbre de pedir al paciente que repita todo lo que este refirió al doctor X, o bien, después de citar algunos aspectos básicos de la entrevista, procuran obtener información más detallada al respecto. Pero si el paciente ya viene con una decisión tomada de terapia (el doctor X ya le había informado por ejemplo), la consigna básica se puede anunciar de una vez, y empezar con el tratamiento.

Paciente: Seguramente el doctor X le habrá hablado de mí.

Terapeuta: Efectivamente.

Paciente: ¿Qué quiere que le diga, entonces?

Terapeuta: Dígame lo que quiera.... (Aquí se anuncia la consigna básica).

La mayoría de los pacientes inicia la terapia esperando que, de alguna manera, le indiquen lo que debe hacer. Por consiguiente, hay que dejar en claro, desde el comienzo, que esta expectativa es errónea, y decir claramente que no se suministrará consejos, no se orientará el paciente ni se dirigirá sus acciones. Y no basta con decírselo; es preciso evitar escrupulosamente toda conducta de nuestra parte que confirme esa expectativa, cosa siempre difícil de lograr, y a veces imposible.

Supongamos que usted tiene en su consultorio un diván y una silla para el paciente, y este puede preguntar de entrada si debe recostarse en el diván o sentarse en la silla. Al lugar de indicar lo que tiene que hacer, podemos decir: “Donde usted quiera”.

Hay que dar la **consigna básica** lo más pronto, si posible en la primera entrevista o sesión. **“Dígame todo lo que quiera. Eso corre por cuenta suya. Lo escucharé, y procuraré comprenderlo. Cuando crea tener algo útil que decirle, se lo diré”.**

Muchos analistas clásicos instruyen al paciente sobre dos aspectos básicos del procedimiento a seguir. Primero, que tendrá que recostarse en el diván, y, segundo, debe tratar de decir todo lo que se le cruce por la mente, sin ocultar nada. Usar el diván no es indispensable para la terapia, sin embargo, el hecho de recostarse en el diván es útil para la terapia.

En caso de que no sepamos nada sobre un paciente sino que desea iniciar una terapia, se le pregunta al menos **los motivos que lo impulsan a comenzar el tratamiento y su concepción de lo que este significa, antes de anunciar la consigna básica.**

En la mayoría de los casos, el paciente comenta sus problemas hasta querer llenar toda la primera sesión, es cuando hay que intervenir antes que se acabe la sesión para hablar de **horarios y de honorarios**. En otros casos, el paciente puede tener mucha dificultad para hablar de sí mismo, de sus problemas actuales y de su vida pasada, y queda callado o responde demasiado corto a unas preguntas iniciales. En este caso, hay que dejar al lado el inicio de la terapia analítica, y realizar una **entrevista**. En consecuencia se recurrirá a las técnicas de interrogatorio con el fin de obtener alguna información. Por supuesto, el no saber a ciencia cierta si el futuro paciente es un candidato adecuado para la psicoterapia psicoanalítica es otra de las razones que indican la conveniencia de efectuar ese interrogatorio inicial.

En casos de aplicación de entrevistas, hay que aclarar que la terapia propiamente dicha recién se iniciará una vez concluida la serie de entrevistas, y que entonces adoptará una técnica diferente a la de las entrevistas.

No es infrecuente que los pacientes, al recibir la consigna básica, reaccionen dando muestras de malestar y desamparo. En esas circunstancias tal vez sea útil reconocer dicha reacción, dándole al paciente una explicación como sigue: "Me parece que se siente molesto (o nervioso) por el hecho de poder decir cuanto desee, elegir por sí mismo y tomar sus propias decisiones". El paciente se halla efectivamente en una situación difícil, y es nuestra obligación hacerle ver que comprendemos su perplejidad y sensación de malestar.

Hay que saber cuales **preguntas del paciente** tienen que tener una respuesta del terapeuta. En general:

1. debe contestarse a toda pregunta referente al modo en que habrá de desarrollarse la terapia: su forma y estructura, sus condiciones y duración probable;

2. no deben contestarse las preguntas de índole personal, con excepción de las referentes a las credenciales como psicoterapeuta.

De todos modos, como principio ante cualquier pregunta, se puede aplicarse desde el comienzo mismo, es la de explicar, en la medida de posible, su sentido y motivaciones subyacentes antes de darles respuesta. Debe darse cuenta que, por lo común, una vez contestada la pregunta será demasiado tarde para hacerlo.

Si se lo preguntan, explique cuál ha sido su formación y con qué títulos cuenta. Si reacciona: "Entonces usted es todavía un estudiante", convendrá ahondar en la cuestión.

No es necesario contestar ninguna otra pregunta acerca de su propia persona (p. ej., en relación con su edad, religión, estado civil, etc.). La mayor parte de los interrogantes de índole personal se relacionan, de una manera u otra, con la pregunta básica: "¿Es usted el tipo de terapeuta que me conviene?". En lo último, se puede responder: "No hay forma de determinar por anticipado si yo soy o no el terapeuta que le conviene; la única manera de saber reside en hacer la prueba, y ver qué resultados obtenemos. Siempre le queda la alternativa de decidirse por otro terapeuta o por otro tipo de terapia".

Aunque el tema no salga a relucir abiertamente, será prudente considerar las primeras sesiones como una suerte de **prueba**. El periodo de prueba, para cumplir su propósito, debe tener lugar antes de que el paciente se vea profundamente involucrado en el tratamiento, porque solo de esa manera se sentirá libre de interrumpirlo en caso de que decida que ni usted ni sus métodos se adecuan a él.

III.2. DETERMINAR EL ENCUADRE

Adecuación y compromiso tienen relación con dos elementos de orden práctico que deben especificarse de antemano: **horarios y honorarios**. El criterio clave reside en determinar lo que resulta "razonable y realista".

Los horarios y los honorarios deben discutirse, por supuesto, en la primera sesión. Si el paciente no lo hace, recae en el terapeuta la responsabilidad de introducir el tema, aun cuando para hacerlo debe interrumpir el desarrollo de la sesión. Es prudente conceder por lo menos unos veinte minutos a su discusión, puesto que se trata de asuntos que deben ser cuidadosamente sopesados.

Los problemas de horario son dos: la **frecuencia de las sesiones** y la hora en que se llevarán a cabo. Toda forma de psicoterapia tiene su frecuencia semanal óptima. En general, para una terapia psicoanalítica, una sesión semanal es insuficiente, dos sesiones son el mínimo aceptable, tres resultan por lo general satisfactorias, y cuatro constituyen el número óptimo.

Para establecer el horario, lo ideal es que se ajuste a la conveniencia de ambos, pero en la práctica es preciso llegar a una transacción. Por supuesto, lo importante es que el sacrificio de una de las partes no se torne excesivo.

La pauta básica ha de ser la siguiente: los costos, tanto en materia de tiempo como de dinero, no deben ser tan exorbitantes como para convertirse en una fuente extrínseca (real) de resistencia. La responsabilidad en este asunto tampoco debe quedar en manos del paciente, puesto que el terapeuta es parte en él. Los honorarios y horarios deben ajustarse tanto a las necesidades del paciente como del terapeuta. Así como hay que indagar en el programa de actividades diarias del paciente para determinar si el horario no le planteará dificultades excesivas, también hay que indagar en la situación económica, para determinar si los honorarios no son exorbitantes. No basta con estipular cierta suma y aceptar su afirmación en el sentido de que para él no constituye un problema. Con el fin de juzgar la cuestión por su cuenta, se debe interrogarlo acerca de su situación económica.

Es preciso adquirir un compromiso con el paciente, una vez iniciada la terapia, no deberá interrumpirse por razones financieras, salvo que en el ínterin su situación económica sufra un cambio muy drástico. En esa eventualidad, cada uno de nosotros debe decidir cómo proceder consultándolo con la propia conciencia, como persona y como profesional.

Una vez fijados los honorarios e informado al paciente sobre **el modo en que deberá pagarle**, deberá plantearse el problema del **pago de las sesiones que por un motivo u otro el paciente no podría asistir**. Lo común es que el paciente debe pagarlo, pero se pueden acordar otras modalidades también.

Otra pregunta difícil de responder es la **duración de la terapia**. La fase intermedia es la más propicia para tratar el tema. De todos modos, deberá ser objeto de análisis antes de poder dársele una respuesta significativa. Pero ante un paciente que quiere tener una idea a todo precio, se puede responder, según el juicio del terapeuta: "Según mi experiencia, la terapia puede durar de dos a tres años (con tres o cuatro sesiones por semana). Por supuesto, no es posible prever en este momento si se extenderá a cuatro años o más, o durará menos de dos a tres años".

Muchos terapeutas consideran indispensable explorar y analizar las metas terapéuticas del paciente en los comienzos del tratamiento, pero el período más adecuado para ello es la etapa intermedia.

Hay que advertir al paciente, si posible durante la primera sesión, que no le dará consejo, asesoramiento ni orientación alguna, ni qué debe hacer ni dentro de la terapia ni fuera de ella. Si el paciente reacciona con perplejidad o pregunta: “¿Por qué no?”, se puede responder con simplicidad, por ejemplo: “Porque la mejor manera de ayudarlo es contribuir a que llegue a comprenderse a sí mismo, a comprender sus sentimientos, sus acciones, sus experiencias. Si le dijera qué debe hacer, ello interferiría con mi capacidad para ayudarlo a comprender”.

Asimismo, hay que informar al paciente que no lo evaluará o juzgará en forma alguna. Pero, no hay que suponer ni por un momento que realmente habrá de creerle cuando se le dice que no va a juzgar sus acciones ni evaluar sus experiencias: seguirá oyendo “juicios” de parte suya, necesitándolos y temiéndolos; y este problema suele persistir durante un tiempo considerable en la terapia analítica.

III.3. FINALIZACIÓN DE UNA SESIÓN

Se requiere alguna señal suya que indique que la sesión ha terminado. Le recomiendo que emplee una señal invariable, que se convierte en hábito. Se puede decir: “Ya es la hora”, “Seguiremos la próxima vez”. Siempre deben evitarse formulas tales como: “Me temo que debemos interrumpir aquí”, o “Me temo que ya sea la hora”, por cuanto parecen implicar que, en cierto sentido, lo lamenta.

Interrumpir al paciente en medio de una oración para dar por terminada la sesión implica, potencialmente, una falta de tacto. De ordinario no tendrá que hacerlo: no es imprescindible cronometrar la sesión al segundo, ni siquiera al minuto. Una tolerancia de algunos minutos es lo adecuado, y dentro de ese lapso por lo común resulta fácil decidir en qué instante podrá darse por terminada la sesión. De todas maneras, en la mayoría de los casos hay ocasiones en que la interrupción se vuelve indispensable; se dirá entonces, simplemente: “Tengo que interrumpirlo, porque ha terminado la hora”, o incluso “Perdóneme que lo interrumpa, pero ha terminado la hora”.

Cualquier noticia administrativa (cambio de horario, anulación de una sesión, aumento de honorario, etc.) o imposición de un tema (cuando es necesario) deben hacerse en la primera parte de una sesión después de

escuchar inicialmente para ver si existe alguna tormenta nueva y no al finalizar. Así, se permite eventualmente que el paciente pueda comentarlo, si necesario, durante todo el tiempo de la sesión.

III.4. ¿QUÉ SUCEDERÍA SI EL PACIENTE...?

1. ¿Qué sucedería si el paciente me preguntase si soy un estudiante que me estoy entrenando en psicoterapia o psicoanálisis? ¿Es esta una credencial suficiente?

Sí, lo es. El hecho de que sea un estudiante no significa que la terapia que practica sea de segunda categoría, o una terapia por ensayo y error. Aunque el paciente así lo crea, usted mismo deberá estar plenamente convencido de que podrá serle sumamente útil incluso en esas circunstancias. De todos modos estará respaldado por la presencia de un supervisor o por el hecho de trabajar en una clínica especializada.

2. ¿Qué sucedería si el paciente sacara a relucir la cuestión del carácter confidencial del tratamiento? ¿O debo ser yo el primero en sacar a relucir el tema?

No hay necesidad que el terapeuta lo saque a relucir; si el paciente es quien lo hace, le recomendaría que explore exhaustivamente todas las implicaciones del asunto con él, antes de prometerle nada (o sea que se basará en su criterio profesional para proteger el carácter confidencial de la experiencia terapéutica).

3. ¿Qué sucedería si el paciente, desde el comienzo mismo, enunciase una serie perfectamente definida de objetivos a cumplir, sosteniendo que considera la posibilidad de dar por terminado la terapia sólo cuando se los haya cumplido (p. ej., eyaculación precoz, una fobia, tartamudeo, timidez, etc.)?

El dar su asentamiento, de manera tácita o expresa, implica hacerle una promesa de gran importancia, y debe estar dispuesto a cumplirla. Hay que evitar toda promesa de "cura" o modificación radical de la personalidad. No es que dichas curas o modificaciones sean imposibles (ocurren con frecuencia); pero otra cosa es prometerlas. A lo sumo, podrá asegurar al paciente que es muy probable que se produzcan cambios muy importantes en su persona, pero que solo irán produciéndose de manera muy gradual.

4. ¿Qué sucedería si, una vez suministrada la consigna básica, el paciente iniciase un relato deshilvanado de sus experiencias cotidianas o de su pasado? ¿Y si se lanzara a hablar sin interrupción y continuase de esa manera una sesión tras otra? ¿Por cuánto tiempo debería permitir que las cosas siguieran así?

Hay que observar y esforzarse por lograr la debida comprensión, pero continuar escuchando en silencio, y abstenerse de actuar hasta que el paciente lo requiera.

En realidad, debe prepararse para soportar sesiones enteras en relativo silencio, sin que ello le produzca aprensión ni la más mínima sensación de culpa.

En peor de casos, al final de los relatos, el paciente puede detenerse, y decir en tono acusador: “Bueno, ¿qué pasa aquí? ¿Qué clase de tratamiento es esto? ¡Usted no hace nada!”. Y si usted responde: “Le estoy escuchando”, podrá preguntarse en voz alta, sencillamente: “Y qué saco yo con que usted me escuche”. Usted podrá sugerirle que él se desahogó y disfrutó con lo que estaba haciendo, que el relatarle incidentes de su vida le produjo cierto grado de alivio y satisfacción.

III.5. MOTIVOS DE PREOCUPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ETAPA INICIAL

Proseguimos ahora el análisis de la etapa inicial enumerando y examinando los temas y motivos de preocupación que por lo común albergan los pacientes en dicha etapa. Los temas de conversación previsibles entran dentro de dos categorías interdependientes: la concepción del paciente sobre el modo en que funciona la terapia psicoanalítica, y el significado de ser un paciente en psicoterapia.

1: “Una vez que usted (el terapeuta) esté en posesión de los hechos, procederá a poner las cosas en su lugar”.

Esta errónea concepción (con frecuencia se trata de una fantasía, una mera expresión de deseos) es prácticamente universal, e incluso suele ser albergada por pacientes avezados que “saben qué esperar”. Además, el paciente puede temer el momento en que, por fin, usted le suministre un análisis exhaustivo de su estado, con la concomitante explicación de sus problemas. La necesidad subyacente, en estos casos, suele ser de índole pasivo-receptivo, y por lo general saldrá a relucir reiteradamente en el curso del tratamiento.

Hay que evitar cualquier tipo de “reconstrucción” globalizante por parte del terapeuta aun que lo tenga en la mente, sobre todo al inicio de la terapia. Porque el paciente no puede vivenciar ni comprender de una vez, mucho menos cambiar, sino intelectualizar su vida como si él mismo no lo hubiera vivido. Hay que progresar POCO A POCO, y aquí y ahora para que se produzcan verdaderos *insights*, vivencias y la comprensión. Recordemos que es el paciente quien debe comprender su vida de manera activa, por supuesto con ayuda progresiva del terapeuta, pero no de una vez por imposición totalizante y probablemente equivocada de la comprensión inicial del terapeuta.

2: “Vengo preparado para recibir algunos fuertes impactos y a llevarme dolorosa sorpresas”.

Muchos pacientes vienen preparados para oír lo peor y ver confirmados sus más sombríos temores sobre sí mismos, en el sentido de que son individuos crueles, egoístas, indignos, pervertidos, etc., etc. Su aprensión acerca de la posibilidad de verse escandalizados y heridos por nuestro análisis puede provocar una corriente subterránea de ansiedad y preocupación totalmente extrínseca al proceso terapéutico, y de ninguna manera lo facilita (Esta angustia preconsciente indebida puede ser también la causa de no empezar una psicoterapia para muchas personas). Por lo general, conviene advertir de entrada a dichos pacientes que no es nuestro propósito escandalizarlos ni asombrarlos de manera indebida.

3: “Así que, después de todo, no lo puedo hacer yo mismo”.

Para muchos pacientes, el hecho de someterse a terapia entraña la admisión de su derrota. Para algunos hay una profunda resignación, aun algo vergonzoso, ya que el hecho de necesitar del tratamiento implica que son seres débiles e incapaces de hacerse cargo de sus problemas. Ahora bien: el hecho de que, desde el comienzo, aclaremos que no es nuestra intención brindarles consejos o apoyo puede alentar un mayor sentido de confianza en sus propias fuerzas por parte de los pacientes.

A veces será menester refutar la creencia del paciente en el valor que tiene de confianza en sí mismo, como si toda necesidad que pueda experimentar fuera señal de debilidad, falta de virilidad o algo por el estilo. A veces, de esta manera podemos tratar el nudo de su problema con respecto a la imagen que tiene de sí mismo y de las relaciones interpersonales.

4: “El hecho de estar en psicoterapia indica que estoy loco”.

Muchos de nosotros albergamos secretos temores de no pensar ni experimentar las cosas como el resto del mundo, o de estar realmente locos. Se trata de una idea muy arraigada en la personalidad del individuo, por lo cual, incluso si se la analiza durante la etapa inicial, se reiterará, con fuerza quizá mayor, en etapas subsiguientes. Muchos expresan sus temores preguntando, en forma directa o indirecta: “¿En qué medida son anormales mis problemas?”. Como en el caso de todas las demás preguntas, su preocupación, temores y fantasías subyacentes deben ser puestas en evidencia y sujetas a un análisis cabal antes de tranquilizar al paciente (lo cual puede llegar a ser inevitable).

5: “La terapia me convertirá en un ser común y corriente, igual a todos los demás”.

El artista, por ejemplo, puede temer la pérdida de su originalidad, su exhibicionismo o sus ambiciones, como una creencia sobre los cambios indeseables que la terapia habrá de producir como efecto colateral.

Nosotros sabemos que, una de las metas de la terapia es que la persona busque su autonomía, su autenticidad como una persona inédita y original en lugar de tratar de imitar o quedarse con identificaciones no asimiladas.

6: “¿Da resultados la terapia?, ¿Vale la pena someterse a terapia?”

Normalmente, el paciente sopesa estos interrogantes antes que se ponga en contacto con el terapeuta. Por lo tanto, si una vez iniciada la terapia vuelve a plantearse esas preguntas, probablemente lo haga como una forma de resistencia.

7: “¿Realmente puedo confiar en usted?”

Hay que tratar de comprender qué significa exactamente esta pregunta para el paciente, y analizar la transferencia subyacente.

8: “Este tipo de terapia no es para mí”

Ya se señaló que la psicoterapia psicoanalítica no resulta apropiada para todos los pacientes, y en cada caso debe determinarse si lo es o no para una persona determinada.

Las expectativas e ideas de un paciente suelen ser el producto de datos previos, actitudes personales, ansiosos pronósticos, conflictos y fantaseados deseos; pero es muy raro el caso del paciente que espera y desea que la psicoterapia sea tal como la estamos describiendo. Por lo tanto, no será de ninguna manera insólito que algunos se rebelen frente a ciertos aspectos del método.

Puede expresar su sentir, por ejemplo: “Necesito que usted participe más activamente en mi vida, que me diga lo que debo o no hacer. Después de todo, recurrí a usted porque ya no puedo seguir manejando mi vida por mí mismo. Y no basta con que me ayude a descubrir el porqué. Necesito que me auxilie en forma más directa, como un verdadero amigo”.

Además, cuando se inicia el tratamiento con un paciente para quien, a su juicio, el método resultará apropiado, es previsible que ofrezca cierta **resistencia** a sus condiciones y estructura. Su problema básico será, entonces, tratar dicha resistencia sin apartarse del método.

Las resistencias pueden necesitar una **modificación transitoria** del método. Algunas demandas son más fáciles de aceptar que otras. Resulta relativamente fácil formular más preguntas, adoptar una actitud de apoyo, decir más a menudo: “Comprendo” o hacer comentarios similares. Asimismo, quizá en algunos casos pueden darse consejos. Lo que quiero subrayar es lo siguiente: ninguno de nosotros debe sentirse tan comprometido en relación con determinado método o sistema terapéutico como para no estar dispuesto a modificarlo si, a nuestro juicio, la terapia misma depende de ello.

Pero, en otros casos, el paciente puede estar advirtiéndole que no está dispuesto a continuar con el tratamiento en tanto no se modifique el método, o ciertos aspectos de éste.

Esto le coloca en una situación muy difícil, por cuanto aquí está amenazada la continuidad del tratamiento. Como, por cierto, difícilmente podrá cantar victoria si logra mantener la pureza del método a un precio muy alto (el de perder al paciente), se sentirá fuertemente tentado a abandonar el método (al menos en forma temporaria) con el fin de asegurar esa continuidad. Nunca es aconsejable ceder con facilidad a la tentación. Debemos sopesar los pros y contras de introducir modificaciones; se plantean dos interrogantes básicos: 1. “Si me niego a introducir cambio alguno, ¿abandonará el tratamiento?”, 2. “¿Si introduzco modificaciones y no abandona el tratamiento, ¿será eficaz la terapia?”. Las respuestas solo pueden basarse en nuestro juicio clínico.

A veces, puede detectarse una corriente subterránea de contratransferencia, por no decir indignación moral, en la insistencia del terapeuta en no dejarse manipular por el paciente; pero si el terapeuta tiene capacidad de reflexión, debería hacerse una pregunta que en realidad constituye un desafío: “¿Por qué no?”. ¿Es el bienestar del paciente lo que más le interesa, o, por el contrario, está tratando de proteger la imagen que tiene de sí mismo?

La “pérdida” de un paciente (como suele llamársela) es, por lo general, motivo de lamentaciones y celos. Dichas experiencias nos llevan a emprender, casi inevitablemente, una revisión crítica, y a formularnos la más inquietante y difícil de las preguntas: “¿En qué me equivoqué?”. Y si no hallamos una respuesta directa, si no podemos descubrir nuestro error, el factor que precipitó la negativa del paciente a proseguir con el tratamiento, nos preguntaremos si no habremos dejado de hacer algo que podría haber impedido su deserción. Como estos interrogantes rara vez reciben una respuesta concreta, las dudas y el recelo persisten. Hay que aprender a aceptar con cierta calma, después de todo, son cosa común en nuestra vida cotidiana, y se impone un alto grado de tolerancia con respecto a la incertidumbre, por no decir la ambigüedad.

Un terapeuta novel puede sentirse aterrorizado ante la mera perspectiva de perder un paciente, por cuanto ello podría acarrearle inmerecido descrédito; si trabaja en forma privada, temerá que de esa manera se reduzca su clientela y sus entradas. Lo ideal, por supuesto, es que este tipo de consideraciones no intervengan para nada (solo habrá de contar el bienestar del paciente); pero para que se den así las cosas es preciso que seamos capaces de hacer un autoexamen honesto y actuar con absoluta integridad. Debemos estar dispuestos a reconocer que en ciertos casos las modificaciones que se requieren son tan drásticas que sería verdaderamente beneficioso para el paciente abandonar el tratamiento (o que se lo deriva a otro especialista).

III.6. ALIANZA DE TRABAJO

Para analizar con éxito la neurosis de transferencia y las resistencias es necesario que el paciente haya formado con el analista una firme alianza de trabajo.

Entonces, uno de los objetivos principales del terapeuta en la etapa de la iniciación es el fomento de la formación y el mantenimiento de la alianza de trabajo con el paciente. Ya hemos tratado este tema en la sección II.5, y volveremos a tratarlo en los capítulos sobre el terapeuta y las transferencias. Así veremos los factores y las actitudes del terapeuta que facilitan y fortalecen la alianza de trabajo durante toda la terapia.

III.7. MANERA DE ESCUCHAR

Cuando hacemos terapia psicoanalítica debemos dedicar gran parte del tiempo a escuchar. Por bueno que sea como oyente, deberá efectuar un nuevo aprendizaje en la materia, ya que en nuestra especialidad el escuchar configura una destreza adquirida, casi un arte.

¿Qué se supone que tenemos que oír? La comprensión solo surge cuando se escucha. El acto de escuchar, en su sentido más amplio, es virtualmente sinónimo del acto de aprehender y comprender. Haber oído los ecos de ira en la risa de un paciente, los anhelos de seguridad que deja traslucir la elección de los recuerdos, el autodesprecio en su relato de una discusión, significa haber entendido muchas cosas. Es a esto a lo que se alude cuando se habla de **tercer oído**, y lo que implica el supervisor cuando le aconseja **“escuchar la música”**. Pero, ¿de qué manera escuchar la música? ¿Y cómo aprender a escuchar con ese tercer oído?

El buen narrador introduce en su relato elementos de sorpresa y cierta dosis de suspenso, con lo que aumenta el interés del oyente. Por su parte, el buen oyente trata de predecir el giro de los acontecimientos, tolera el sostenido suspenso del relato (este soportar cierto grado de suspenso no es sino una variante de la tolerancia a la ambigüedad), y saborea con fruición los elementos sorprendentes.

La profesión misma del terapeuta lo convierte en un oyente interesado y atento. Interesado, porque desea aprehender la estructura del relato de su paciente; atento, porque su atención activa le permitirá lograr la deseada comprensión. Pero existe también la posibilidad de escuchar en forma pasiva, mostrándose abierto a la estructura del relato (Atención Flotante). Debe darse el necesario equilibrio entre la representación activa de los futuros acontecimientos y la audición pasiva, acrítica, del relato. El terapeuta debe esforzarse por oír todo, lo cual exige cierto grado de pasividad. Con la **atención “flotante”** (concepto de Freud), se concibe como una suerte de atención similar a la del ensueño con la cual seguimos libremente el relato del paciente sin demasiada concentración. De este modo damos rienda suelta a nuestras asociaciones y fantasías, lo cual nos permite, a la vez, dejar que nos vengan a la mente hipótesis e ideas en forma muy libre.

El tercer oído debe funcionar en forma selectiva y juiciosa, sin que signifique, salvo ocasionalmente (como en el relato de un sueño), una exclusión de los dos oídos restantes.

Un aspecto muy útil del consejo de Freud es el modo en que dicha atención flotante nos permite liberarnos de presiones internas. No importa el grado de pasividad o actividad con que estemos escuchando;

siempre debemos esforzarnos por escuchar tranquilos y relajados. Evitaremos dejarnos llevar por la ansiedad o la inquietud. Nuestra meta ha de ser un sereno interés, una atención no forzada, aun cuando estemos empatizando con contenidos que se caracterizan por la falta de calma y la tensión. El terapeuta experimentado no oye simplemente el contenido del relato de su paciente: atiende también al tono de su voz, las palabras que elige, el uso de metáforas, los cambios de ritmo y tiempo, las pausas y vacilaciones; vale decir que toma en cuenta todos los aspectos y características de la comunicación. Por consiguiente, debemos escuchar tanto activa como pasivamente, con tres oídos, en lugar de dos, y tanto a la música como a la letra del mensaje. Además, por difícil que parezca, debemos hacerlo con calma y neutralidad.

Nuestros criterios de evaluación que hemos escuchado adecuadamente son dos: 1) haber comprendido; 2) poder recordar. Cuando se escucha un relato como es debido, es posible recordar todos sus detalles.

Existe, además, algo denominado “realimentación” (*feedback*), la manera en que el oyente reacciona frente a lo que escucha. Comúnmente se recurre a una serie de interjecciones destinadas a asegurar al otro que se lo escucha, y alentarle a continuar con su relato; el oyente dice “Sí”, “Ya veo”, lanza un gruñido, masculla un “Ajá” (expedientes habituales del psicoterapeuta); y todo ello va acompañado de inclinaciones de cabeza, sonrisas, gestos, movimientos de hombros, etc. No obstante, en la conducción de la terapia psicoanalítica es mejor prescindir de todas las señales citadas (Cuando el paciente está recostado en el diván, no ve al analista; y así se elimina muchos de estos mensajes paraverbales y no verbales del analista).

La ventaja de escuchar en una actitud impasible es que se evita ejercer control sobre lo que comunica el paciente. Para alentarle a que prosiga con su relato, sus señales, gestos e interjecciones lo incitan a seguir con el mismo tema. Es inevitable, además, que la oportunidad en que emita sus señales aliente al paciente a proseguir en una dirección determinada. La más simple de sus señales o gestos puede ejercer considerable control sobre el discurso del paciente, y eso es lo que debemos evitar o, al menos, reducir a su mínima expresión.

El acto de escuchar impasible entraña considerable pasividad, que puede generar a su turno sentimientos conflictivos. Estos sentimientos pueden generar angustia e impulsarnos a ser más activo no al provecho del paciente (proceso terapéutico), sino para tranquilizarnos o para nuestra satisfacción personal. Es por esto que debemos manejarlo con sumo cuidado utilizando toda la capacidad autoanalítica que podemos tener.

CAPÍTULO IV.

PSICOTERAPETA PSICOANALÍTICO

En la práctica de las terapias psicoanalíticas, el terapeuta tiene que llevar a cabo ciertos procedimientos técnicos en el paciente y en sí mismo. Para ejecutar procedimientos debidamente, el analista tiene que utilizar ciertos procesos psicológicos que se producen dentro de él, porque las cosas que suceden dentro de su propia mente son los medios más valiosos que tiene para comprender la mente de otra persona. Por consiguiente, la destreza del analista está indisolublemente ligada a su propia mente inconsciente y al grado en que es accesible al empleo por su yo consciente.

Se requiere una gran inteligencia y un elevado nivel cultural, ciertamente, pero aún es más importante que el analista tenga una mente inconsciente bastante inteligente y disponible. El requisito de que todo psicoanalista debe haber pasado por la terapia psicoanalítica para que se le permita tratar psicoanalíticamente a un paciente apunta no sólo a comunicar al analista la convicción personal de la validez de los factores inconscientes y a desensibilizarlo relativamente en aquellas partes donde sus propios problemas podrían deformar su juicio; el análisis personal del analista tiene por objetivo último poner a disposición de su yo consciente las importantes pulsiones, defensas, fantasías y conflictos inconscientes de su propia vida infantil y sus derivaciones posteriores. Algunos de estos conflictos habrán de ser resueltos, otros modificados en formas más adaptativas, otros seguirán iguales, pero serán comprensibles. Lo que tiene importancia capital para el terapeuta analítico es que sus conflictos inconscientes sean controlables y accesibles para emplearlos en su labor con los pacientes.

La destreza del analista se debe a procesos psicológicos que forman parte también su personalidad y su carácter. Destreza, saber, carácter y motivación son los requisitos esenciales.

IV.1. DESTREZAS

IV.1.1. Entender lo inconsciente

El talento más importante que debe tener el analista es la facultad de traducir los pensamientos, sentimientos, fantasías, impulsos y modos de proceder conscientes del paciente a sus antecedentes inconscientes. Tiene que ser capaz de advertir lo que está detrás de los diversos temas que toca el paciente en la sesión analítica.

Para determinar si nuestras asociaciones parecen concordar con la situación del paciente, tenemos que pasar de participante a observador, de empatía a introspección, de la deducción a la intuición, de la participación a la distancia.

Empatía significa compartir, sentir lo que siente otro ser humano. Uno participa de la índole, no de la cuantía de los sentimientos. Su motivo en terapia analítica es llegar a entender y comprender al paciente. Es esencialmente un fenómeno preconsciente; puede provocarse o interrumpirse conscientemente; y puede producirse en silencio y de un modo automático, oscilando con otras formas de relación con la fuente. El mecanismo esencial es una identificación parcial y temporal con el paciente, basada en el modelo de trabajo que lleva el analista del paciente, hecho con la suma de su experiencia con ese paciente.

Esto nos hace recurrir a la **intuición**, íntimamente relacionada con la empatía. Tanto la empatía como la intuición son procesos mentales de lograr una comprensión rápida y profunda. La empatía es modo de establecer contacto íntimo en términos de emociones e impulsos. La intuición hace lo mismo en el dominio de las ideas. La empatía conduce a sentimientos y cuadros o imágenes, la intuición a la reacción “ajá”, que indica que le atinamos, o a la reacción de “ay”, que indica que fallamos. La empatía es una función yoica experiencial, mientras que la intuición parece ser una función del yo observador.

Empatía e intuición son la base del talento de captar los significados inconscientes que oculta el material consciente; los mejores terapeutas tienen buena provisión de una y otra.

Si bien la familiaridad con y la accesibilidad a nuestra mente inconsciente es la destreza más importante para la terapia analítica, **el conocimiento intelectual de la teoría y la técnica** no por eso es menos necesario. Todos tenemos zonas donde nuestro yo consciente no puede penetrar. Hay además fluctuaciones y cambios en nuestro equilibrio entre instinto y defensa, en el funcionamiento de nuestro Yo y en el equilibrio contratransferencia-alianza de trabajo. Todo ello puede reducir temporalmente la accesibilidad o confiabilidad de nuestra mente inconsciente. En tales ocasiones tiene particular importancia la disponibilidad del conocimiento teórico del psicoanálisis. El conocimiento de la vida de los instintos, los mecanismos de adaptación y de defensa, y de la formación de síntomas del paciente (según la historia y la cultura de la persona y su realidad actual) nos ayuda a comprender mejor el paciente.

El conocimiento práctico de la teoría de las neurosis da las bases para la labor práctica al determinar los aspectos regulares de diversos síndromes patológicos. El cabal conocimiento de lo típico es el mejor

modo de estar preparado para entender lo extraordinario. El trabajo con pacientes, los seminarios de casos clínicos, la lectura de historias de casos proveen la materia prima para ir construyendo el armazón teórico. La empatía y la intuición no pueden enseñarse, pero el que se dedica a las tareas científicas tiene que aprender lo que se puede enseñar.

Sin embargo, con mayor experiencia en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica la capacidad de empatía e intuición se mejoran. El terapeuta va aprendiendo de su experiencia con cada paciente, aparte de su dedicación a seguir estudiando y profundizando en áreas de su profesión.

IV.1.2. La comunicación con el paciente

Supongamos que al analista ha comprendido el significado del material del paciente mediante el empleo de la empatía, la intuición y el conocimiento teórico le toca ahora comunicárselo al paciente. Él debe decidir, efectivamente, *qué* es lo que le dirá al paciente, *cuándo* se lo dirá, y *cómo*. Tiene que decidir también si no sería mejor esperar a que haya más datos, o quizá a que el mismo paciente llegue a esa interpretación.

El vocabulario del analista tiene que estar destinado al yo razonable del paciente. Pero, la energía y la entonación empleadas son a menudo más importantes que las palabras escogidas. El tono y la entonación comunican los sentimientos preverbales y no verbales, y con frecuencia las actitudes inconscientes del analista. El tono facilita o dificulta el contacto y es por ello muy importante para el equilibrio confianza-desconfianza en la relación entre paciente y analista.

El empleo de silencio entra dentro de la destreza del analista. El silencio es tanto intervención activa como pasiva por parte del analista. Nuestro silencio puede parecerle cordial y protector o crítico y frío.

El analista se comunica con el paciente no solo con sus interpretaciones o sus silencios sino también por otros medios y para distintos fines. Antes de interpretar tenemos que señalar y clarificar el material objeto de escrutinio. Por ejemplo, antes de descubrir el significado inconsciente de una resistencia hay que demostrar que esa resistencia existe y aclarársela al paciente.

IV.1.3. La facilitación de la formación de la neurosis de transferencia y la alianza del trabajo

Hay dos requisitos básicos que el analista debe cumplir para favorecer la aparición de la neurosis de transferencia en el paciente: frustrar consecuentemente el ansia de satisfacción y tranquilización neuróticas del paciente, y mantenerse además en un anonimato relativo. Pero si el analista permanece incógnito y priva además constantemente de satisfacciones al paciente, ¿cómo va inducirlo a cooperar con él en la alianza de trabajo? El analista no tiene que permitir que las privaciones y frustraciones de la situación analítica superen a la capacidad que el paciente tenga de resistirlas.

De otra parte, el analista debe garantizar la formación y la conservación de una alianza de trabajo por sus contribuciones siguientes:

1. El analista tiene que hacer ver en su diaria labor con el paciente que considera cada palabra que éste dice, y cada manifestación suya merece seria labor para la comprensión.

2. Detrás de búsqueda de *insight* y acompañándola en cada paso del camino está el compromiso terapéutico que el analista ha contraído con el paciente. La dedicación del analista al paciente debe manifestarse visiblemente en su cuidadosa estimación de hasta qué punto podrá el paciente aguantar el dolor, en el tacto que tiene cuando es necesario impartir un *insight* doloroso.

3. El analista tiene que servir de guía al paciente por el extraño nuevo mundo del tratamiento analítico. A su debido tiempo le explicará las muchas y extrañas reglas y medios necesarios para llevar a cabo el análisis. En cierto sentido, tiene que enseñar al paciente a ser un buen paciente analítico. Esto no se logra súbitamente, sino con el tiempo. La necesidad de ello varía mucho de un paciente a otro, y suele ser mayor en los pacientes más regresionados. Debe dejarse que el paciente sienta la sorprendente rareza antes de explicarle el fin de determinada medida. Las reacciones del paciente deben primero ser objeto de escrutinio, y la enseñanza seguirá a las reacciones espontáneas del paciente, y a éstas su análisis.

4. El analista tiene que salvaguardar el respeto de sí mismo y el sentimiento de dignidad del paciente. El analista no debe tomar una actitud de superioridad, autoritarismo ni misterio. Hay que tratar al paciente según lineamientos rigurosos y científicos, pero con respeto, y con la debida cortesía.

5. Las reacciones del analista deben ser moderadas, delicadas y al servicio del empeño terapéutico, que reconoce el *insight* y el conocimiento como sus más poderosos instrumentos. El agente catalítico de este ambiente, el que hace que todos los demás elementos triunfen o fracasen, es la atmósfera analítica, que debe ser de aceptación, tolerancia y humanidad.

El compromiso terapéutico del analista con el paciente es un requisito absoluto. La compasión, el interés, la cordialidad, todo dentro de ciertos límites, tiene una importancia vital en la alianza de trabajo.

IV.2. RASGOS DE PERSONALIDAD Y CARÁCTER

Las destrezas que la situación analítica requiere del analista se derivan no sólo de su capacitación y experiencia sino también de su personalidad y carácter, hábitos, valores, e inteligencia. Nadie nace psicoanalista y nadie puede hacerse psicoanalista en un instante, por muy bien dotado que esté. La experiencia personal de haber pasado por un psicoanálisis terapéutico profundo es una condición ineludible. Las dotes naturales, la vocación y la dedicación a su profesión pueden unirse para proporcionar talentos especiales a la profesión de psicoanálisis. Sin embargo, por valiosos que sea, el talento no lo es todo. La situación analítica tiene exigencias emocionales tan arduas para el analista que si su talento no se apoya en una estructura analizada no resultará duradero. Los destellos de virtuosismo e inteligencia no pueden iluminar suficientemente la larga senda de la terapia analítica.

IV.2. 1. Los rasgos relacionados con el entendimiento de lo inconsciente

Ante todo, tiene que sentir vivo interés por la gente, por su modo de vivir, sus emociones, fantasías y pensamientos. Debe tener una mente de investigador, siempre en busca de conocimiento, averiguador de causas y orígenes. La energía que mueve a una persona en esa dirección nace de la curiosidad, de pulsión de saber, que debe ser mucho y benévolo. El analista busca *insight* para hacer comprender a sus pacientes, no por su propio gusto sádico y escotófilo.

Para poder pasar un día escuchando sin aburrirse, el analista debe además de su curiosidad tener placer en escuchar. La sensibilidad especial que permite al analista distinguir la sutil combinación de afectos en la modulación del tono y el ritmo de locución del paciente está relacionada con su apreciación de la música.

Es bueno liberarse de las restricciones de la sociedad convencional y ser relativamente indiferente a las cosas superficiales de la vida diaria. El analista debe estar suficientemente familiarizado con sus propios procesos inconscientes para aceptar con humildad la idea de que él también probablemente sea tan extraño como su paciente.

Una actitud detectivesca y suspicaz aleja al paciente y dificulta la empatía y la alianza de trabajo.

Para que la empatía sea fructífera, el analista tiene que tener abundancia de experiencias propias en su vida, de donde puede tomar para facilitar su entendimiento del paciente. Entra aquí el conocimiento de la literatura, la poesía, el teatro, los cuentos de hadas, el folclor y los juegos. Todos estos ingredientes producen una imaginación viva y una vida mental amplia en la labor analítica.

Los caracteres rígidamente obsesivos no serán capaces de empatizar y los guiados por sus impulsos tienden a deslizarse de la empatía a la identificación, lo que conducirá a la actuación con el paciente.

IV.2. 2. Los rasgos relacionados con la comunicación con el paciente

Cuando el analista ha logrado entender el paciente se encuentra frente a la tarea de comunicar eficazmente el *insight*. La capacidad de calcular la **dosificación**, el **momento oportuno** y el **tacto** necesario para una interpretación depende de muchas aptitudes. La empatía con el paciente, el juicio clínico, la experiencia de haber vivido situaciones análogas y el conocimiento intelectual de una teoría psicoanalítica, todo contribuye a facilitar la comunicación al paciente del entendimiento adquirido.

El elemento esencial es una actitud subyacente de intención terapéutica. Este compromiso de ayudar al paciente debe ser manifiesto o estar latente en todas las interacciones con el paciente, desde la primera entrevista hasta la última.

La facultad de impartir *insight* a un paciente depende de la capacidad de expresar con palabras los pensamientos, fantasías y sentimientos de que el paciente no tiene cabal conciencia y presentárselos de tal modo que los acepte como propios. La facultad de emplear el lenguaje hablado con brillantez y economía, y el gozo del arte de contar favorecen el papel del terapeuta.

La destreza en la comunicación verbal depende también en el terapeuta de su empleo del silencio. Por eso es imperativo que el analista sea capaz de tener paciencia. Es necesario ser paciente cuando la espera puede aclarar el material o cuando tenemos algún objetivo para largo plazo.

IV.2. 3. Los rasgos relacionados con el fomento de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo

Para realizar este objetivo con cierto grado de coherencia, el analista tiene que haber resuelto sus conflictos más importantes acerca de infligir dolor y del mantenimiento a distancia del doliente. Esto significa que el analista debe saber refrenar sus intenciones terapéuticas, dominar su afán de proximidad, y “poner una cortina de humo” (o cara de póker) a su personalidad habitual.

Para entender a un paciente hay que tener en cuenta algo más que las consideraciones intelectuales o teóricas. Para el tipo de comprensión que requiere la terapia analítica, el analista tiene que ser capaz de interés y compromiso emocional con el paciente. Tiene que querer a su paciente; la aversión o el desinterés prolongados estorbarán la terapia tanto como el exceso de amor. Tiene que tener el deseo de ayudar y curar al paciente y debe interesarse en el bien del paciente, sin perder de vista los objetivos a largo plazo.

Cierta cuantía de compasión, cordialidad y respeto por el paciente y sus derechos es indispensable. La consulta del analista es una sala de tratamiento, no un laboratorio de investigaciones. Podemos sentir por nuestros pacientes un amor serio porque todos son, en cierto modo, hijos enfermos y necesitados de ayuda, cualquiera que sea la máscara que lleven. Nunca mejorarán si no nutrimos sus potencialidades, salvaguardamos su autoestima y su dignidad, y les evitamos las privaciones y humillaciones innecesarias.

La compasión, la preocupación y la cordialidad debe el analista tenerlas siempre a mano, sin embargo debe estar dispuesto, llegado el caso, a ocupar la posición fría y distante del observador para poder pensar, evaluar, recordar, prever, etc.

La actitud de aceptación y tolerancia sinceras de todo el material que presenta el paciente, la cuidadosa atención a todos los detalles, por feos o primitivos que sean, el enfoque franco de todos los temas, aun los más delicados, sin crueldad ni falsa cortesanía.... todos estos elementos contribuyen a la atmósfera analítica.

El terapeuta debe tener respeto por los diversos medios de la profesión, sin adoración ni ritual, y tener también una disposición a luchar durante años para alcanzar objetivos a largo plazo. El soportar bien los estallidos hostiles y humillantes del paciente sin desquitarse es tan importante como el no dejarse turbar por sus provocaciones sexuales. Esto no significa que el analista no deba tener sentimientos y fantasías en

respuesta a sus pacientes, no obstante su cuantía debe quedar dentro de los límites que le permitan controlar sus reacciones, de modo que cuando salgan a la luz sean tan sólo lo que el paciente necesita.

El analista debe dejar que los sentimientos de transferencia del paciente lleguen a su intensidad óptima sin intervenir. Esto requiere la facultad de aguantar tensiones fatigosas, angustias y depresiones tranquilas y pacientemente. Todo ello es posible sólo si uno ha tenido una profunda experiencia analítica y ha continuado haciendo algo de autoanálisis.

IV.3. MOTIVACIONES

Las motivaciones son más difíciles de analizar porque tienen su origen en las pulsiones instintuales inconscientes primitivas y las primeras relaciones de objeto. Son difíciles de verbalizar con alguna precisión y casi imposibles de verificar.

Las pulsiones instintuales mueven al hombre a buscar descarga y satisfacción. A medida que se va formando el Yo, se convierte en otro objeto fundamental la búsqueda de seguridad. Mayoría de las motivaciones subsiguientes son atribuibles al afán de satisfacción o seguridad, o combinación de ambas.

El deseo de entender a otro ser humano de modo tan íntimo implica la propensión a ahondar en los entresijos de otra persona. Procede tanto de los impulsos libidinales como agresivos. Puede hallarse su origen en los anhelos de fusión simbiótica con la madre o en los impulsos hostiles contra las entrañas de la misma.

La obtención de *insight* puede ser un remanente de anhelos de omnipotencia, de la curiosidad sexual de la fase edípica, del voyeurismo frustrado de la infancia, así como una compensación tardía por haber sido excluido de la vida sexual de los padres.

La adquisición de *insight* por medio de la empatía depende de la habilidad del analista para identificarse, para introyectar, para el contacto íntimo y preverbal con el paciente, todo ello originado en las primeras actividades de amor y cuidado maternas.

La transmisión de la comprensión a un paciente puede ser inconscientemente una actividad de cuidado maternal, una forma de dar de comer, de proteger o enseñar al paciente-niño. Puede también emplearse inconscientemente como medio de restablecer el contacto y la comunicación con un objeto de amor hasta ahí no entendedor, o sea perdido. De este modo, la transmisión del entendimiento puede servir como un intento de superar una actitud depresiva.

El afán de proporcionar *insight* a otra persona puede convertirse en medio de reparar, por sentimientos de culpabilidad relacionados en la fantasía de haber hecho daño a pequeños y enfermos, o sea hermanos, rivales, etc. De modo análogo, la búsqueda y transmisión de *insight* puede tener una función contrafóbica, así como otra antidepresiva. El analista puede explorar las incógnitas del paciente para superar sus propias angustias, en cierto modo continuando su propio análisis.

El lugar de origen de una motivación dada no es el factor decisivo para determinar su valor o descrédito. Lo más importante es el grado de desinstintualización y neutralización alcanzado. Los grados de la neutralización determinan hasta qué punto puede la función de ser transmisor del entendimiento convertirse en una función yoica confiable, autónoma y relativamente libre de conflicto. Lo importante es que la alimentación, protección o enseñanza estén exentas de matices sexuales o agresivos, y por eso no sea indebidamente excitantes ni causen sentimiento de culpabilidad.

La labor diaria de la terapia analítica es difícil y a menudo doloroso para el analista, que necesita algo de placer y satisfacción en el cumplimiento de sus obligaciones para poder tener interés vivo y una preocupación por lo que ocurre a sus pacientes. El placer de escuchar, mirar, explorar, imaginar y comprender no sólo es lícito sino necesario para la eficacia óptima del analista.

El temor a aparecer en público (que cubre impulsos exhibicionistas reprimidos) puede ser también un motivo de escogencia de la profesión que permita ver sin ser visto con la posición oculta detrás del diván. El factor decisivo es el grado de fijeza, rigidez e intensidad que tiene la timidez del analista. Mientras tenga cierta flexibilidad y pueda sobreponerse a su timidez cuando sea necesario, tal vez no resulte un obstáculo muy serio. El retraimiento emocional y el desapego generalizados son señales mucho más graves y vuelven incapaz de realizar la terapia analítica.

Para lograr la “regla de abstinencia” sin dejarse desviar por impulsos sádicos o masoquistas inconscientes, el analista debe ser capaz de modular su agresividad y su odio. Así como tiene que ser capaz de amar a sus pacientes, también debe ser capaz de odiarlos, pero dentro de ciertos límites (para una mejor aclaración de “amar” en este contexto, ver la sección “Tacto, calidez y solicitud”). El infligir dolor, ya sea en forma de aislamiento, silencio, interpretación o cobro de honorarios

deriva del odio. Es importante que el analista pueda hacer esto sin angustia ni culpa inconsciente y por el bien terapéutico del paciente.

La consagración fundamental a la tarea de ayudar y curar a los enfermos permite al analista conservar en la situación analítica el interés emocional y la compasión por el paciente, sin ser exageradamente protector como una madre o desapasionado como un investigador. Además, para el paciente, el analista doctor es un ser potente activador de la neurosis de transferencia y alianza de trabajo. La imagen del doctor suscita en el paciente recuerdos, fantasías y sentimientos de la infancia, de una figura autoritaria, incomprensible y mágica, que poseía el poder de los padres omnipotentes y omniscientes. Él es quien salva del dolor y del espanto, pone orden en el caos, funciones de emergencia que desempeñaba la madre en los primeros años de la vida. Además, el médico es quien tiene derecho de explorar el cuerpo desnudo, inflige dolor, saja y perfora la carne, y se introduce en todas las aberturas del cuerpo. Recuerda a la madre de intimidad corpórea, así como representa las fantasías sadomasoquistas en que intervienen padre y madre.

El analista difiere de todos los otros doctores terapeutas, en que no tiene contacto físico con el paciente, a pesar del alto grado de intimidad verbal. Se asemeja más a la madre de la separación corporal que a la madre de la intimidad corporal. Además, el analista comparte sus conocimientos y descubrimientos con el paciente mucho más que otros doctores, y esto lo acerca más a la profesión docente.

El analista ideal es una figura maternal de padre o paternal de madre, dualidad existente en lo relacionado con sus funciones, no como carácter sexual.

IV.4. MÁS SOBRE EL TERAPEUTA ANALÍTICO

IV.4. 1. Los conflictos y los problemas del terapeuta

Idealmente se espera que los problemas personales del terapeuta no afecte la terapia psicoanalítica. En situaciones en que sus problemas le inundan es mejor que interrumpa un tiempo su práctica terapéutica.

En el resto de tiempo, el terapeuta no tiene por qué ser mejor, como persona, que su paciente. Aun, en muchas áreas su paciente puede estar mejor que su terapeuta. Nada de ello impide que pueda aplicarse una terapia totalmente eficaz, siempre que el terapeuta sea un experto en su oficio.

Dentro de límites bastante amplios, la calidad de la vida personal del terapeuta puede tener poca o ninguna relación con su habilidad y eficacia como terapeuta.

El hecho de formarse como psicoterapeuta o psicoanalista no garantiza de ninguna manera que ellos sean mejores personas que otras, o tengan mejores relaciones interpersonales que otras, o que tengan más "éxitos" o autorrealización en su vida. El psicoanálisis personal posibilita que una persona sea mejor que antes (según sus criterios), y no mejor que otras personas.

El terapeuta debe ejercer suficiente control sobre sus problemas personales y existenciales para que no interfieran en su labor profesional. Que tenga conflictos, dificultades y problemas personales no es lo principal; sí lo es no evitar que afecten su trabajo.

IV.4.2. ¿Existen ciertos rasgos de personalidad del terapeuta que pueden facilitar la tarea?

Ante todo, el terapeuta debe estar capacitado para alcanzar una debida comprensión, lo cual exige en él el desarrollo de una aptitud psicológica precisa. Además, debe contar con capacidad de empatía e intuición, así como la capacidad para examinar su propia mente y enfrentar los resultados de dicho examen. Asimismo, existen exigencias básicas de **tacto, calidez y solicitud**. Por último, la psicoterapia psicoanalítica exige de nosotros que desarrollemos al máximo nuestra aptitud como oyentes. Esto último entraña una suerte de pasividad controlada y disciplinada. Por consiguiente, el terapeuta debe ser capaz de sentirse cómodo al adoptar una postura pasiva. Y a todos estos elementos debe agregarse un último ingrediente: **integridad**.

Todo terapeuta debe ser una persona dotada de gran integridad. Su trato con el paciente debe ser honesto en todo el sentido de la palabra. Debe merecer la confianza del paciente, y desarrollar en este una **confianza básica** cimentada a lo largo de una serie de experiencias reales, que van desde el respeto por la hora fijada para la sesión, el cumplimiento de promesas y la cortesía de avisar de antemano, siempre que sea posible, acerca de la cancelación de una sesión, hasta la capacidad de admitir los propios errores, pedir disculpas por actos no intencionales y reconocer los olvidos de que uno es responsable. Por sobre todo, el elemento clave, el que nos da la medida de su integridad, es el grado en que valora el bienestar de sus pacientes. Y la mejor manera de asegurar dicho bienestar radica, sin duda, en afianzar esa confianza básica sin la cual ningún tipo de psicoterapia es eficaz. Sin integridad, no hay confianza posible, ni la alianza de trabajo.

No existe contradicción entre la exigencia de integridad y los requisitos de la terapia psicoanalítica (supuesta impersonalidad, neutralidad, etc.). La honestidad no implica que deba uno decir todo lo que piensa, o admitir los propios juicios y sentimientos. Reservarse ciertas verdades de uno para sí no significa actuar con deshonestidad, y cuando dicha reserva contribuye al bienestar del paciente de ninguna manera implica una falta de integridad.

IV.4.3. ¿Existen determinados conflictos y problemas que pueden interferir con la eficiencia del terapeuta con más probabilidad que otros?

El terapeuta no necesita convertirse en un ser superior cuya existencia toda sea ejemplo categórico del logro de lo que podríamos llamar salud mental. Puede, muy bien, tener sus propios problemas psicológicos, aunque ellos no tienen que interferir en su labor de terapeuta.

Es prudente dar por sentado que si los problemas personales del terapeuta exceden determinado nivel de intensidad y urgencia interferirán en su labor. En este sentido, la variable crucial es el **control**, que, a su vez, depende de dos variables interconectadas: 1. la gravedad del problema, 2. el estado de las defensas variables para contrarrestarlo.

El terapeuta no debe buscar satisfacciones en sus pacientes de sus problemas en áreas de la **sexualidad, la agresividad y el narcisismo**. Esto no signifique que el terapeuta no debe sentir los afectos relacionados sea por su contratransferencia o sea por sus transferencias propias hacia algún paciente. Debe controlarse y sobre todo analizarse. Y finalmente debe interpretar a su paciente las partes que le corresponden.

No es raro el caso del terapeuta novel aterrorizado por los sentimientos que despierta en él un paciente hostil o seductor. El motivo de que el terapeuta no puede manejar sus sentimientos y emociones deriva generalmente de su convicción de que no debería albergar tales afectos.

¿Qué hará el terapeuta cuando se sienta conmocionado durante una sesión? En primer lugar, ha de evaluar la naturaleza de su conmoción. En segundo término, ha de reconocerlo como lo que es: un problema personal (en vez de echarle la culpa al paciente). En tercer lugar, ha de conocerse a sí mismo en grado suficiente como para poder juzgar los efectos que dicha conmoción podrá tener sobre su comportamiento en ese momento. Si está convencido de que puede seguir con su

autocontrol proseguirá con su labor habitual. Si cree que transmitirá indebidamente su estado conmocionado a su paciente, puede guardar silencio.

Puede añadirse un cuarto paso. Concluida la sesión, el terapeuta debe indagar y preguntarse por qué se conmocionó tanto. Corresponde entonces realizar algún trabajo analítico en su propia persona.

La envidia y la conmiseración son otros dos impulsos y afectos que no deben interferir en la labor terapéutica. El sentimiento de lástima tiene estrecha relación con nuestra actitud básica de solicitud. Empatizar con el sufrimiento de otro y comprenderlo puede entrañar un sentimiento de conmiseración. Sin embargo debemos estar prontos a admitir que cuando dicho sentimiento se torna demasiado intenso, parte de su intensidad puede derivar de otros sentimientos, como los que crean las defensas erigidas contra la hostilidad, la envidia y las actitudes competitivas. Por parte del paciente, la necesidad de provocar lástima tal vez no difiera de la necesidad de ser admirado o castigado, y en algunos casos se reduce al deseo de inspirar piedad: “No me hiera, no se enoje conmigo. ¿No ve cuán digno de compasión soy?”.

Parecería que la función del terapeuta se limitará a obedecer únicamente a las prohibiciones, y no tuviera ninguna satisfacción. Después de todo, estamos ayudando a uno de nuestros congéneres, y ello nos proporciona ya cierta gratificación básica. Además, la psicoterapia gratifica en grado sumo la necesidad de conocer y comprender de nuestro Yo. Y llegamos así al intrigante tema del “**voyeurismo**”.

Por lo general se da por sentado que los psicoterapeutas somos *voyeurs* incurables, y que ya en la elección de nuestra profesión, y por la naturaleza misma de nuestro trabajo, estamos dando rienda suelta a ese impulso. Pero hay que distinguir lo que es voyeurismo y lo que es necesidad de conocer y comprender. Y dar rienda suelta a este impulso en nuestro consultorio nos llevaría a transgredir algunos de principios básicos de la psicoterapia psicoanalítica; por ejemplo, a tratar de sondear al paciente en relación con detalles íntimos. Sin embargo, a veces, ciertos detalles íntimos deben indagarse con tacto si sus conocimientos son indispensables para comprender una situación dada.

IV. Los aspectos cognitivos

Usted y su paciente han de ser dos desconocidos que se mueven en diferentes círculos sociales, con un mínimo de superposición. ¿Por qué? Lo más importante es que la naturaleza singular de la terapia psicoanalítica deriva de que el mundo personal del paciente se vuelve conocido por nosotros solo a través de su propia experiencia. Usted, por ejemplo, no tendrá ocasión de conocer a sus padres o amigos, ni su hogar o el lugar donde trabaja. Al respecto, solo verá lo que él le muestre, sabrá lo que él se limite a decir.

Además, la descripción y explicación de lo que el paciente ha dado por sentado durante años enteros puede serle de enorme valor. El acto de reconstruir el propio pasado conduce a nuevos *insights*, a nuevas perspectivas y al provechoso examen de supuestos albergados durante largo tiempo.

Aunque conozcamos personalmente el medio social y cultural del paciente, solo podemos acceder al conocimiento del universo personal del paciente por su boca. Cuando afirma que su padre es un ser frío y hostil, solo tiene su palabra al respecto. Esto no significa que tenemos que creerlo, pero aceptar que es la realidad psicológica del paciente por ahora. Si dice que su hermano le odia, nosotros no sabemos nada en realidad de los sentimientos del hermano, pero sí, de la creencia de nuestro paciente. Pero, todo lo antedicho no es aplicable a hechos reales. Si por ejemplo, el paciente dice que ayer fue al cine, aceptemos su afirmación con toda naturalidad.

El hecho de no poder evaluar en forma independiente la realidad del paciente le impedirá erigirse en juez de sus actos, de sus aspectos positivos o negativos. Este le obliga a manejarse, fundamentalmente, en el plano de sus propios juicios y evaluaciones, lo cual garantiza que sea él el único que los formule.

En ciertas ocasiones los pacientes querrán que lo ayude a apreciar la realidad de los hechos y que evalúe sus juicios al respecto. Por supuesto, podrá ayudar al paciente a evaluar su propia interpretación de la realidad a la luz de sus necesidades, conflictos y defensas. Podrá sugerir que está sobrestimando la malevolencia del jefe en razón de su propia tendencia a sentirse resentido en presencia de las figuras de autoridad.

En casos que una actitud del paciente pueda tener serías implicaciones para su bienestar, si el paciente no lo sabe o no lo menciona, la única alternativa del terapeuta es sacar a relucir el tema y centrar la atención en él (confrontación). Si el paciente ya sabe el peligro, el terapeuta puede ayudar a comprender sin dilaciones el motivo de su hábito, para que pueda controlarlo. Por el resto, no debe inquietarse en exceso por su paciente ni dar rienda suelta a la necesidad de protegerlo de manera inadecuada.

Hay un fragmento de realidad que compartimos con nuestro paciente: nosotros mismos. Como es natural, llegará a convertirse en parte importante de su mundo personal, parte que se encuentra en excelentes condiciones para conocer en forma más objetiva. Por lo tanto, cuando el paciente dice que es un ser frío y hostil, puede formarse su propio juicio sobre lo que puede haber de cierto en esa impresión suya. Por consiguiente, es imperativo que se conozca a sí mismo, y que sepa, no solo qué tipo de persona es en general, sino qué tipo de persona es en su papel de terapeuta.

Debe llegar a saber qué tipo de persona es en la terapia, y estar capacitado para introducir las debidas modificaciones dentro de ciertos límites. No debe olvidar que nuestro rostro y las posturas que adoptamos dicen mucho sobre nosotros. El modo en que sonreímos, nos movemos y nos sentamos, al igual que la manera de hablar, refleja nuestra personalidad. Y todo ello debemos conocer lo mejor posible, por cuanto reviste suma importancia poder separar las distorsiones y proyecciones del paciente de sus percepciones exactas, que revelan su sensibilidad y agudeza.

IV.4.5. La contratransferencia

Una cosa es mostrarse solícito con el paciente (interés y preocupación por él), y otra muy distinta inquietarse por él. La diferencia se reduce a un problema de contratransferencia, vocablo que designa una amplia variedad de emociones: ira, orgullo, competitividad, frustración, amor. En cierto sentido, designa todas nuestras respuestas afectivas frente a los pacientes; en otro, solo aquellas emociones que pueden convertirse en un problema.

La contratransferencia, en términos estrictos, solo hace referencia a los que resta cuando el terapeuta ha aceptado y asimilado plenamente la postura psicoanalítica. Todo terapeuta se preocupa por el bienestar de su paciente, demuestra solicitud por él, pero, deja de lado sus propios deseos. Dicha postura sería ideal, pero nunca puede alcanzársela plenamente en la práctica. La contratransferencia convierte dicha inevitable imperfección en una bendición terapéutica, porque le permite aplicar todos sus desvíos del camino de la perfección en beneficio de sus pacientes. Para esclarecer las funciones y significados de la conducta de nuestros pacientes, nos basamos en nuestros sentimientos y reacciones, utilizándolos, por así decirlo, como señales. Si, por ejemplo, me descubro enojado con el paciente, lo interpreto como que este último está enojado conmigo, o quiere que yo me enoje, o ambas cosas.

El paciente puede inducir en mí un estado afectivo de dos maneras básicas: por medio de una **respuesta empática**, o por medio de una **respuesta reactiva**. Cuando él se siente triste, yo me siento triste por empatía. De manera similar, los sentimientos de felicidad y goce, de frustración o de ira, pueden hasta cierto punto despertar emociones similares en mí. La segunda de las formas enunciadas difiere en la manera en que es provocada la emoción: el sentimiento inducido no solo es una reacción ante el paciente, sino puede diferir por completo de este. Si el paciente demuestra hostilidad y yo me siento culpable, el proceso difiere por completo del caracterizado por la empatía. Lo mismo ocurre si él está desesperado y yo resentido, si él se empeña en algo y yo me siento frustrado, si él está excitado sexualmente y yo experimento rechazo.

Las experiencias afectivas suelen ser muy complejas, y se combinan en ellas distintos sentimientos. La hostilidad puede mezclarse con culpa, la desesperación con la frustración, la excitación sexual con el rechazo, etc. Por consiguiente, tal vez yo empalme con un solo aspecto de la experiencia total de mi paciente.

El paciente puede provocar en nosotros, sin intención de su parte, un sentimiento muy distinto del que él experimenta. Por supuesto, como terapeutas también podemos albergar determinados sentimientos que dependen de nuestra forma de ser y que ejercen poco o ningún provecho en nuestros pacientes, y debemos ser lo bastante íntegros y poseer la suficiente autoconciencia como para distinguir entre lo uno y lo otro.

De todos modos, cuando surgen emociones fuertes en el terapeuta, siempre debe tratar de comprender cuáles partes son provocadas por el paciente y cuáles otras provienen de sí mismo. El terapeuta no expresa su ira o enojo diciendo "Estoy enojado con usted", sino "Usted quiere que yo me enoje", en caso de que sea cierto.

Algunos pacientes necesitan comprobar con regularidad (o al menos ocasionalmente) si pueden provocar nuestro enojo, simpatía, risa, rechazo o inquietud. Se trata de un elemento que debe ser comprendido.

Debemos permitirnos cierto grado de respuesta afectiva con nuestros pacientes; no dejarnos llevar por nuestras emociones, pero tampoco permanecer impávidos y ajenos a todo sentir. Existe un nivel óptimo, que puede determinarse intuitivamente y que difiere de una persona a otra. No es el mismo tampoco con todos los pacientes o en diferentes momentos de la terapia.

El terapeuta, como ser humano, puede no lograr controlar perfectamente sus emociones. Es inevitable que, en determinadas circunstancias, el relato de un paciente provoque en el terapeuta una viva respuesta emocional. Si el chiste es lo bastante gracioso, podrá reír; si un hecho brutal le conmueve, dará un gruñido o hará una mueca.

IV. El tacto, la calidez y la solicitud

El arte del psicoterapeuta se compone de tres elementos: análisis, tacto y técnica. El análisis es comprensión, el tacto entraña comprensión, y la técnica consiste en saber de qué modo instrumentar esa comprensión.

Los conceptos de **tacto** y calidez son elementos inherentes a la solicitud, que reflejan en sí mismos importantes aspectos de nuestra humanidad.

Como terapeutas procuraremos siempre proceder con tacto. Todo individuo puesto en la posición de paciente suele sentirse vulnerable. Ese paciente ruega que no se le inflija mayor daño que el estrictamente necesario, que no se le haga sentir vergüenza y humillación indebidas.

¿Qué significa actuar con tacto? En esencia, implica poseer sensibilidad hacia los sentimientos más auténticos del otro. La persona que actúa con tacto está tan sintonizada, tan “en contacto”, que su comportamiento toma en cuenta los sentimientos y deseos del otro. De ahí que el individuo dotado de tacto evita provocar exagerada inquietud en los demás, herir sus sentimientos innecesariamente o dañar su autoestima.

El criterio central reside en determinar qué consideramos “indebido” y “excesivo”. El factor clave es impedir que el paciente sea víctima de una conmoción tal que la interpretación en sí le resulte inútil o dañina (iatrogénica).

La cuestión de tacto por lo común tiene mayor relación con nuestras preguntas, indagaciones y confrontaciones que con las interpretaciones propiamente dichas. Por medio de indagación intentamos inquirir al paciente sobre algo que no había mencionado; por medio de las confrontaciones procuramos centrar su atención en un aspecto de la conducta que interpretaba erróneamente o negaba, o que había pasado por alto (señalamiento). Si dichas indagaciones o confrontaciones son prematuras, siempre se vuelven una falta de tacto.

La cuestión de **calidez** es algo más ambigua, quizá, que la del tacto, pero tiene estrecha relación con ello. La calidez no significa tranquilizar, reconfortar, ni mostrar afecto al paciente. No obstante, sin llegar a mostrarnos afectuosos ni tranquilizar o reconfortar al paciente en forma directa, es posible preocuparnos por lo que le ocurre, prestarle atención cuando nos hable de sus conflictos y demostrarle nuestro interés. Estas son las formas de calidez que podemos y debemos manifestar hacia nuestro paciente.

La preocupación del terapeuta se refleja en el hecho de que se esfuerza por comprender al paciente, saber qué experimenta, apreciar las bases y circunstancias de su experiencia. En cuanto a su calidez, se reflejará en el carácter que adquiera su relación con el paciente y el modo en que le responda. Una actitud cálida se trasluce por vías extraverbales, por el modo en que mira al paciente, el modo en que lo escucha, el modo en que habla. La diferencia puede residir en su manera de ofrecerle una interpretación, su forma de enunciarle; no en qué dice, sino cómo lo dice. Una misma afirmación puede ser pronunciada en tono crítico, vengativo, lleno de hostilidad, o en tono cálido, dando muestras de preocupación por el otro.

Hay que diferenciar entre amar y mostrarse solícito. Por **solicitud** podemos entender como el amor al prójimo. La solicitud difiere del amor en varios aspectos. El amor entraña una necesidad de fusión y posesión, con la concomitante búsqueda de gratificación de necesidad simbiótica. Exige asimismo reciprocidad. Amar significa ser amado; de no darse esta condición, el amor puede convertirse en odio.

Cuando mostramos solicitud por nuestro prójimo no buscamos fusionarnos con él, sino coexistir con él en forma armoniosa, por cuanto reconocemos que su bienestar y el nuestro son interdependientes. Además podemos mostrar solicitud hacia una persona que no se preocupa por nosotros. Se trata de un aspecto clave para la psicoterapia, porque lo que cuenta es el bienestar de nuestro paciente.

En lo último podemos considerar que entender al paciente y brindarle adecuada comprensión es fomentar su bienestar, es mostrar nuestra solicitud. Sin embargo, en casos extremos, en momentos de crisis, podemos interrumpir nuestra función de analista y dar apoyo emocional y eventualmente consejos o información útil que tengamos. Pero, las preguntas triviales y las observaciones hechas por mera cortesía o formulismo no solo no tienen ningún objeto en el marco de la terapia psicoanalítica, sino que devalúan a ojos del paciente la terapia y limitan así sus beneficios potenciales. Precisamente porque nos importa su bienestar habremos de defender nuestra postura psicoanalítica hasta tanto sea humanamente posible. ¿Acaso esforzarnos para comprender y comprender al otro no implica mostrarse profundamente solícito con él?

CAPÍTULO V

INTERPRETACIONES Y SUS PRINCIPIOS

La interpretación constituye la herramienta de trabajo más importante de la comunicación psicoanalítica. La interpretación es la comunicación verbal explicitada que el psicoanalista hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos inconscientes de éste, con el objetivo de ayudarlo a hacer consciente lo inconsciente. En la interpretación se culminan los efectos de los contenidos del paciente, del encuadre y de la relación y la comprensión transferencia-contratransferencial. Tiene, por una parte, una consecuencia inmediata, en el sentido de un aumento moderado de la comprensión, pero efectos múltiples en lo que se refiere a su asimilación paulatina por parte del paciente, así éste parezca ignorarla (aun rechazarla) inicialmente.

La interpretación es el instrumento de la comprensión. Toda interpretación puede iniciarse diciendo “Comprendo...”, “Comprendo que usted...”, “Comprendo por qué usted...”. Puede hacer referencia a lo que el paciente experimenta o ha experimentado, decir por qué se comporta de determinada manera, enunciar en forma articulada sus experiencias y acciones, y explicarlas.

Toda interpretación tiene dos variables centrales: formulación y oportunidad (tímica) (el **qué** y el **cuándo** de aquella). Intervienen también una serie de consideraciones relacionadas con el **cómo**: en qué medida, con qué profundidad, etc. Otro factor es **por qué** elaborar una interpretación.

Los principios rectores (guías) de toda buena interpretación son:

V.1. Profundidad.

La profundidad de la interpretación se regula según la fase del proceso terapéutico y según el paciente.

De todos modos, como principio, la interpretación debe ir de lo más superficial hacia lo más profundo, y muy progresivamente. Una interpretación “profunda” puede resultar simplemente incomprensible por un paciente. En consecuencia, debemos cerciorarnos, antes y después de formular una interpretación, de que el paciente comprende lo que se le dice.

Hay pacientes que no se atreven a decir “No comprendo” por temor a perturbar a su propia imagen, también está el que dice “No comprendo” como defensa; si bien comprende perfectamente pero desea evitar las implicaciones de la interpretación en sí o del hecho de haberla aceptado.

Una inmediata reacción del paciente ante una interpretación no puede tomarse necesariamente como criterio de validez o invalidez.

Una interpretación se formula en términos que el paciente pueda comprender. No debe ser demasiado ajeno a su Yo; ni tampoco debe resultarle inaceptable, ultrajante o contraria a la imagen principal que tiene de sí. Por ejemplo, a una mujer que tenga como único orgullo de ser una buena madre, pero usted se da cuenta que es una madre sobreprotectora, no se debe interpretar, de una vez, que está ocultando su agresividad.

El grado óptimo de profundidad de una interpretación es aquello que el paciente posiblemente ya conoce en un nivel preconscious; de una manera que lo único que hace el analista es permitirle tomar plena conciencia de determinada idea, ubicar sus emociones, conocimientos o experiencias en un plano mental diferente.

La profundidad es también algo relativo, depende del paciente. Por lo tanto, siempre es preciso tener cierta idea del nivel en que el sujeto funciona, nivel que varía de un paciente al otro, y de un momento a otro para el mismo paciente.

Al respecto, una manera útil de trabajar con el concepto de profundidad es tratar de ahondar en el nivel en que funciona el paciente, lo cual por lo común debe efectuarse en forma gradual.

V.2. Simplicidad

Cuando más simple una interpretación, mejor es. Toda buena interpretación se caracteriza por su simplicidad; enfoca con claridad el tema; explica solo aquello que, por el momento, resulta necesario, y no va más allá. Va al centro mismo de la cuestión, y no se enreda en disquisiciones al margen.

Entre las interpretaciones más eficaces se cuentan las más concisas y directas. Formuladas en el momento oportuno, interpretaciones como las siguientes pueden ejercer un efecto considerable, permitiendo al paciente descargar emociones bloqueadas y brindar nuevas comprensiones.

“Creo que todavía llora la muerte de su padre”.

“Usted amaba mucho a su madre, ¿no?”.

“Seguramente tuvo ganas de matar a su hermano menor”.

“Usted, entonces, cree estar realmente loco”.

“Creo que durante toda su vida usted sintió que las cosas no eran justas”.

La elección del momento oportuno para formular una interpretación reviste importancia crítica. La función de este tipo de interpretaciones es enunciar con claridad una idea que es ya preconsciente, o permitir el surgimiento de una emoción que está cercana a manifestarse.

V.3. Ofrecimiento

Hay que ofrecer la interpretación en lugar de imponer.

Si introducimos la interpretación anunciando: “Me pregunto qué le parece la posibilidad de que...”, es posible formularla de manera tal que el paciente ejerza cierto grado de actividad con respecto a ella, exhortarlo a que así lo haga. Se lo invita a considerar la idea, a aceptarla o rechazarla y, en términos ideales, a sopesar su importancia y validez.

Una vez ofrecida la interpretación, esta pertenece al paciente, quien es libre de hacer con ella lo que le plazca. No debe ser castigado si rechaza o ignora la interpretación, ni recompensado por aceptarla y usarla.

Toda interpretación es formulada, hasta cierto punto, de modo tentativo o probable, o sea como una hipótesis. No podemos estar seguros de que una interpretación sea válida, y no hay motivos para ocultar nuestra incertidumbre. Al respecto, podemos decir: “Creo probable que...” o “Me parece posible que...” o, incluso, “No estoy muy seguro, pero me pregunto si no será factible que...”.

V4. Utilidad

¿Resultará útil la interpretación que voy a hacer? O ¿Es necesaria mi intervención para restablecer o facilitar la participación del paciente en la labor terapéutica?

La esencia del proceso terapéutica consiste, fundamentalmente, en que el paciente exprese, examine y transmita los contenidos de su mente; que reflexione, se haga preguntas, permita que entren en juego recuerdos y reminiscencias, enfoque su experiencia de forma nueva, tome conciencia de sus afectos e impulsos que le mueven, explore y examine su realidad interna (psicológica) y externa, y logre comprender.

De ahí que la función del terapeuta es iniciar, facilitar y mantener en marcha este proceso.

El fin que se persigue en la terapia es permitir que el paciente hable tan abierta y libremente como pueda, y que experimente a sí mismo de manera tan plena y auténtica como sea capaz; que el paciente adopte un papel activo, que alcance una comprensión activa de los hechos, que ejerza y refuerce activamente su función analítica y su función de síntesis, y por su intermedio pueda ejercer el debido control de sí mismo y de los hechos y lograr cada vez más libertad. Todo lo anterior es la respuesta básica de por qué el terapeuta debe hablar (cuándo, qué y cómo).

La elección de **momento oportuno (cuándo)** para intervenir depende, principalmente, de la disposición del paciente para comprender y aprehender. Los elementos básicos que deben tenerse en cuenta son su condición mental y afectiva, las características de su transferencia y defensas.

Se puede dejar también que un paciente llega por sí mismo a una nueva comprensión, en lugar de recibirla pasivamente del analista. Si lo logra, entonces el descubrimiento resultará más significativo y más eficaz.

Es también preciso que el paciente quien realice la gran parte de la terapia. Se entiende que usted le acompaña e interviene cuando sea necesario. No olvidemos que cada vez que el terapeuta interviene no hace más que orientar el discurso del paciente en un sentido determinado.

De otra parte, no hay que preocuparse demasiado por suministrar una interpretación enteramente correcta. A nadie le gusta equivocarse, sin embargo existen evidencias que aun interpretaciones equivocadas producen efectos positivos en el paciente. Estos efectos se producen por la disminución de idealización inicial del analista y la comprensión progresiva que el analista no es omnisciente y que va conociendo, comprendiendo y construyendo las “verdades” del paciente, al mismo tiempo que el paciente.

V.5. OTROS PRINCIPIOS DE INTERPRETACIONES

V.5.1. La terapia psicoanalítica evoluciona de la interpretación de contenidos a la de resistencias y hacia la comprensión del carácter. No obstante, la interpretación debe contemplar los aspectos de defensa y de lo defendido.

V.5.2. Las interpretaciones en transferencia-contratransferencia (aquí y ahora) son generalmente más acertadas y tienen mayores efectos terapéuticos que las extratransferenciales (lo que ocurre al paciente en sus relaciones actuales con otras personas). Las construcciones del pasado infantil del paciente (allí y entonces, realidad psicológica de su historia) - siempre con un grado alto de incertidumbre - pueden ayudar al paciente a comprender el por qué de sus trastornos y de su personalidad en general (carácter).

V.5.3. La interpretación debe hacerse en un lenguaje simple, desprovisto de tecnicismos y en la medida de lo posible utilizar las mismas palabras del paciente, vale decir usar el mismo lenguaje descriptivo, pero concebido en un nivel metapsicológico diferente. El terapeuta construye progresivamente un lenguaje más común con cada paciente, y precisando con frecuencia los sentidos más precisos de conceptos con cada paciente.

V.5.4. Hacer consciente lo inconsciente entraña cada vez una herida narcisística (dolor) y una microcrisis de la personalidad que requiere una reorganización. Para poder hacer frente a estos sufrimientos es muy importante señalar e interpretar, no solamente las defensas fallidos, sino también las partes sanas y positivas del paciente; sus adaptaciones exitosas y los esfuerzos que hace para mejorarse y mejorar su entorno.

V.5.5. Los sueños se consideran aún, tal y como lo decía Freud, la “vía regia” de acceso al inconsciente; sin embargo, en la actualidad es más bien raro que se dediquen sesiones enteras a interpretar un sueño. Se les considera una asociación más en el curso de una sesión, pero constituyen el contenido más cercano al inconsciente y proporcionan el núcleo básico de la interpretación.

V.5.6. La validación de la interpretación se busca a través de sus efectos. El “sí” o el “no” del paciente es relativo. Entre los criterios de validación se incluyen: que el paciente responda con una risa o tristeza, con recuerdos infantiles, recuerdo de que le está pasando lo mismo con otra persona, posteriormente con sueños relacionadas. Se pueden sintetizar estos elementos bajo el hecho común de que la interpretación exitosa abre nuevos caminos asociativos.

V.5.7. Para la interpretación, dentro de los cientos de palabras y contenidos que el paciente trae en el curso de una sesión, se busca el punto de emergencia (o punto de urgencia) para intentar mostrar al analizando las ansiedades que constituyen los motivos para las defensas transferenciales.

V.5.8. El terapeuta debe evitar en la medida de lo posible contractuaciones con su paciente, o no seguir actuando. Es decir que cada paciente intenta inconscientemente (identificación proyectiva) que el analista sea como su madre, su padre, su profesor, hada madrina, juez, verdugo, etc., y el analista puede tener inconscientemente la contraidentificación proyectiva, vale decir, identificarse con la personalidad y la función proyectadas y tener tendencia a realizarla.

V.5.9. El analista tiene que tener muy claro su **sistema de valores** para no tratar de imbuirlos al paciente, que tiene derecho a encontrar los suyos propios. La identificación del paciente no se refiere a asemejarse al analista sino a la introyección de una función de análisis que aumenta la capacidad reflexiva del Yo y que, antes de cualquier otra consideración, debe ser auténtica.

V.5.10. La interpretación abre el camino para la **elaboración**. Debe hacerlo sobre todo el paciente. El señalamiento topográfico de un hecho psíquico que el paciente acepta no basta, puesto que las defensas inconscientes del Yo se encargan de impedir que se manifiesten en la esfera de los cambios reales; de allí la necesidad de elaboración, proceso continuo de integración y vencimiento de defensas. Al paciente es menester mostrarle, una y otra vez, en diferentes contextos, la forma cómo actúa, lo que teme, lo que desea, si posible en la transferencia-contratransferencia, hasta que el proceso de introspección integre el conocimiento intelectual y la vivencia emocional en un conjunto de cambios estables.

V.6. A EVITAR

Anotaré en lo siguiente algunas actitudes para evitar en el terapeuta, aunque la lista puede ser mucho más larga en la realidad de las situaciones del tratamiento.

V.6.1. Las conexiones

El tipo de interpretación favorito del terapeuta neófito es aquella que le permite establecer conexiones:

“Creo que hay cierta relación entre el resentimiento que le provoca su esposa y el que le provoca su madre”.

“Creo que lo que dice ahora tiene relación con lo que estaba diciendo al comienzo de la sesión”.

Estas conexiones no explican las acciones y los sentimientos en cuestión, y además habitualmente promueven la intelectualización.

V.6.2. La adopción de una actitud didáctica, de maestro y de sermón

Se puede adoptar la actitud didáctica, sin darse cuenta, explicando las defensas al paciente en lugar de interpretar.

“A veces nuestras emociones nos resultan difíciles de tolerar, y entonces buscamos explicarlas, con el fin de aliviar esa sensación”.

Estas y otras “lecciones” similares cumplen el fin de tranquilizar al paciente, asegurarle que su conducta es natural y normal. Esta actitud de sermón, explicación o de maestro se puede adoptar únicamente en circunstancias excepcionales que el paciente necesita tranquilizarse ante eventos externos “violentos” que le produjeron una conmoción.

V.6.3. El consejo implícito en la interpretación

Con frecuencia los pacientes encuentran o buscan consejos implícitos dentro de las interpretaciones. Señalarle al paciente, por ejemplo, que se está portando cruel con su hermano, tal vez equivalga a aconsejarle que no deba seguir con esta actitud, en particular si él mismo no había reconocido su crueldad.

En casos que el terapeuta sospecha que un paciente saca consejos de las interpretaciones, debe aclarar la situación.

El terapeuta debe evitar los juicios de valor moral (bueno-malo) sobre actitudes de su paciente. El terapeuta explica las razones conscientes e inconscientes de sus motivaciones. Pero, si la conducta de su paciente viola de manera inadmisiblemente la ética del terapeuta, y si él cree necesario, entonces puede interrumpir el tratamiento.

Decir “Esta acción, intencional o no, lo llevará por el camino de la autodestrucción” equivale a afirmar “Esta acción es perjudicial para usted”, y no implica una valoración moral vigente.

V.6.4. La crítica implícita en la interpretación

En cierto sentido, toda interpretación entraña una crítica. Las críticas constructivas pueden también provocar heridas, aunque su objetivo sea la simple clarificación. Conocer las propias verdades es doloroso. El tratamiento psicoanalítico implica cierta capacidad de aguantar estos tipos de dolores, con el fin de sufrir menos y vivir mejor posteriormente.

Hay que prestar suma atención a las reacciones del paciente ante toda crítica implícita en la interpretación, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento. Resulta muy útil decirle, después de proponerle una interpretación: “Creo que está viendo en mis observaciones una suerte de crítica a su persona, como si estuviera juzgándolo, acusándolo de ser una persona indigna (o cruel, egoísta, poco realista o lo que fuera)”.

Tal vez será útil este momento recordarle al paciente la función del terapeuta: su objetivo principal es lograr comprender, y ayudar al paciente a comprenderse mejor.

CAPÍTULO VI.

ETAPA INTERMEDIA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA

VI.1. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

En general, esta etapa se inicia una vez que el paciente ha relatado los hechos principales de su vida. Ocasionalmente, será preanunciada por un *impase* (callejón sin salida) llamativo; el paciente quizá se pregunte si debería o no proseguir su tratamiento. Tal vez aduzca que ya no tiene

esperanzas de extraer beneficio alguno de la terapia, y que está considerando la posibilidad de abandonar el tratamiento o de cambiar de terapeuta. En momentos tales quizá convenga enunciar en forma articulada su experiencia y ofrecerle, al menos, una explicación parcial de ella, haciendo referencia a la nueva etapa a que se ha llegado. Deberá hacerle ver que aprecia la seriedad de sus conflictos, y aclarar que su origen está en la realidad misma de una nueva etapa.

Para la época en que llegamos a la etapa intermedia, los terapeutas nos hemos formado una idea bastante completa de los problemas y personalidades de nuestros pacientes, y elaborado una formulación dinámica del caso. Continuamos siendo los “guías” de la excursión: aun cuando decidamos ir detrás de nuestro paciente, seguimos marcándole el rumbo. Ambos se han embarcado en una aventura mutua. Pero, como el territorio a explorar es el paciente, al comienzo solo este lo conoce: el terapeuta es en esencia un extraño en este terreno, y el paciente lo guía.

Como ocurre con un partido de ajedrez, también en la terapia es en la etapa intermedia donde por lo común la acción se vuelve más interesante y creativa; es entonces cuando los temas de la etapa inicial son objeto de exposición, variación y desarrollo: cuando tienen lugar las reestructuraciones y transformaciones básicas, las principales revelaciones e *insights*, las transferencias más llamativas. A esta altura del proceso el paciente ya tendrá considerable experiencia de la terapia, y Ud., considerable experiencia en relación con él. Por consiguiente, su tarea básica consistirá en la formulación, elaboración y repetición de interpretaciones. Y es entonces, también, cuando se libraré la lucha principal (resistencial) en favor o en contra del cambio.

La etapa intermedia, a menudo, se caracteriza por una corriente subterránea de desesperación y resistencia a cualquier posibilidad de modificación y desarrollo. Es entonces cuando deben debilitarse y alterarse ciertas pautas firmemente arraigadas de conducta; y cuando la neurosis de transferencia es más intensa y ejerce mayor fuerza.

VI.1.1. La resistencia al cambio

Debemos encarar el problema de **resistencia al cambio** con extremada sensibilidad, tacto y paciencia. Acusar al paciente diciéndole: “En realidad usted no quiere cambiar”, suele constituir un agravio contraproducente y falto de tacto. Pero el paciente debe comenzar a admitir su resistencia al cambio si es que efectivamente desea lograr un cambio significativo.

La interpretación estándar de este punto puede formularse del siguiente modo: “Una parte suya (y creo que usted la conoce muy bien) no quiere cambiar. Creo que es esa parte la que, en este momento, está ejerciendo considerable presión”. A continuación deberá especificarse cuál es esa “parte” y mostrar la forma y contenido usuales de la “presión” que ejerce. A menudo, la responsable es la “parte enferma”, “el niño terco y enojado que hay en usted”. Con frecuencia la resistencia al cambio deriva del temor a ciertas consecuencias que ésta puede acarrear (beneficios secundarios, como se suele denominarlos) o de alguna adaptación importante que el paciente ha logrado. Esta resistencia en general sirve para conservar el equilibrio precario y el temor a cambio se origina por el temor a desequilibrarse o desequilibrarse más. Sea como fuera, identificar y explorar los orígenes y funciones de la renuencia al cambio puede ser decisivo.

Es muy común que el paciente admita su resistencia al cambio pero se siente impotente para combatirla, aduciendo: “Quiero cambiar, pero no puedo”. Después de todo, tal vez esa misma sensación de impotencia sea lo que llevó a iniciar la terapia. En consecuencia, y para decirlo sin ambages, la tarea básica del terapeuta ha de ser transformar esa estado de impotencia, restaurando al paciente su capacidad para actuar sobre sí mismo y sobre su realidad. Por supuesto, la tarea no es sencilla. Exige, por empezar, que uno mismo esté convencido de la posibilidad de lograrlo. Deberá empatizar con su sensación de impotencia, pero no perder de vista que posee una base neurótica. Esto significa que debe procurar descubrir cuál es su origen y su dinámica.

Por esto, hay que intentar transformar la experiencia del “no poder” en “no querer”. A menudo, puede darse este paso introduciendo la experiencia del riesgo: el “No puedo” se convierte en “No puedo arriesgarme”. Nuestro objetivo básico es convertir lo que parece perentorio y automático en algo sentido como una elección voluntaria. Para lograrlo se requiere tiempo y paciencia; no se produce en forma repentina o sorpresiva (aun cuando vaya acompañado de un sentido de profunda revelación) y el camino que nos lleva a su logro está sembrado de obstáculos. Ocasionalmente, el paciente sólo aceptará la transformación en un nivel verbal o cognitivo. Se sentirá entonces tentado a reaccionar con frustración y resignación. Puede o no existir cierto empecinamiento, pero si existe, tal vez resista el análisis durante un período.

Ello exige de usted una suerte de obstinada determinación, por no decir fe. Con frecuencia el paciente querrá que abandone toda esperanza de curarlo, que declare irremediable su caso, sentimiento que no solo deberá interpretar sino resistir con fuerza a aceptar, porque es muy importante que su fe no flaquee. El paciente se verá notablemente beneficiado si actúa como si estuviera convencido de que él puede actuar en forma eficaz y de que es perfectamente capaz de cambiar.

Puede ser muy útil familiarizarse con los diversos modos en que la gente persiste en su **sensación de impotencia**, y con las muy diversas razones que la impulsan a ello (bases dinámicas del fenómeno). Primero

suele tener más importancia práctica que lo segundo. No hay que perder de vista las estructuras cognitivas que sustentan ese sentido de impotencia, así como el hecho de las creencias, actitudes y valores pueden desempeñar un papel relevante en la preservación de “No puedo”.

Uno de los procesos cognitivos que suele hallarse involucrado es el de la **generalización**. El proceso se inicia con aquellas situaciones y circunstancias que efectivamente sumen a las personas en la impotencia. El paso siguiente estriba en asociarlas o asimilarlas a otras situaciones y circunstancias que no están fuera de nuestro control. Por un proceso de generalización, incorporamos las segundas a las primeras. El problema dista de ser simple, porque a lo largo de la vida se da una amplia serie de puntos intermedios que representan circunstancias en las que la impotencia es solo parcial. Entonces, se ayudará al paciente a restablecer la diferencia existente entre las circunstancias que escapan a su control y las que no lo hacen. Los pacientes suelen aferrarse a su sentido de desamparo en el curso mismo de las sesiones. Sin eliminar los factores inconscientes, el paciente está forjando sus pensamientos por sí mismo, eligiéndolos y ejerciendo cierto grado de su voluntad. Y de tales experiencias reiteradas surge el sentido y posibilidad de su control.

La psicoterapia psicoanalítica parte del supuesto de que el paciente puede ejercer un efecto significativo sobre sus acciones, pensamientos y sentimientos. El modo en que a través de las sesiones se lleva a la práctica dicho supuesto consiste en permitirle a aquel ejercitar esa capacidad de control en forma regular e intensiva. El objetivo no es otro que expandir y reforzar su control del Yo.

De otra parte, el paciente debe tomar conciencia de las maneras muy diversas y sutiles de que se vale para manipular a la gente. Cuando sus esfuerzos por conmovirlo y manipularlo se vean sistemáticamente frustrados, podrá experimentar en qué radica la autentica diferencia (con la sensación de impotencia en la vida cotidiana), y su toma de conciencia podrá ser profunda y significativa.

VI.1.2. La dependencia

Consideramos ahora un segundo problema de crucial importancia: el de la dependencia. Muchos pacientes experimentan un profundo sentido de dependencia; sea con relación al terapeuta, o sea con relación a la terapia misma.

Toda concepción de la autonomía del Yo debe tener en cuenta el problema de la dependencia, la autonomía relativa debe reflejar una

suerte de equilibrio entre la dependencia y la independencia. Damos por sentado que la dependencia es un elemento básico de la condición humana, por lo cual, en el caso de muchos pacientes, conformará la base de su adaptación neurótica y de los principales trastornos de su personalidad. Es preciso aclarar que el terapeuta deberá elaborar una concepción de la dependencia que sea psicológicamente adecuada, una concepción equilibrada, sensata y relativamente exenta de actitudes y valores culturales que acentúan el mérito de la dependencia o de la independencia de una manera exagerada o distorsionada.

Para ciertos pacientes, el sentimiento de creciente dependencia generado por la terapia puede ser fuente de ansiedad. Cuando el paciente falte a una sesión surgirá en él una sensación de inquietud, por no decir de pánico, y su reacción podrá ser perturbadora y apabullante. Determinados tipos de terapia que incluyen el apoyo y orientación del paciente suelen intensificar aún más sus necesidades y conflictos vinculados a la dependencia; pero esto puede ocurrir también en la terapia psicoanalítica. Las razones son dos: 1) la dependencia puede darse paralelamente a la regresión y cierta crisis interna que con frecuencia tienen lugar en la terapia como prelude de cambios significativos; 2) la neurosis de transferencia puede hacer resurgir las necesidades y conflictos subyacentes vinculados a la dependencia.

En la conducción de terapia hará cuanto esté a su alcance por evitar la más mínima gratificación de las necesidades de dependencia del paciente. Hay que aceptar (y esperar) que se produzca cierto grado de dependencia como cosa natural en el proceso terapéutico. Sino, puede despertar, en el terapeuta, sentimientos de culpa e inquietud que su paciente llega a depender de él.

Debe evitarse asignar excesiva importancia a la dependencia del paciente, como si constituyera un síntoma o problema especial. Conviene dejar que siga su curso natural, teniendo en cuenta que la etapa intermedia es el período propicio para que se desarrolle.

VI.1.3. El impase y la crisis

La etapa intermedia es también el período propicio para que se produzca un impase. Sea cual fuera su origen (probablemente, los conflictos vinculados con la dependencia y la posibilidad de cambio), el impase debe configurar también un elemento previsible y aceptado de antemano en la terapia.

Un **impase** puede ser definido como una detención o retroceso producido en el proceso terapéutico; mientras que una **crisis**, como una detención o retroceso producido en el estado psicológico del paciente. Por definición, entonces, el término impase designa un hecho cuya

fuente y función yacen dentro de la esfera de la terapia misma, en tanto que una crisis puede (o no) derivar de hechos externos a la terapia.

En toda forma de psicoterapia suelen darse períodos en que las cosas llegan a un punto muerto y siguen así durante un tiempo (*impasse* significa en francés callejón sin salida). Por añadidura, en vez de mantenerse estática, la situación puede empeorar. Tales incidentes (sean o no conceptualizados como períodos de gran resistencia) pueden considerarse intrínsecos al proceso terapéutico, y el término *impase*, aplicárseles con toda propiedad. También es muy común que el paciente sufra una seria recaída en su estado psicológico (crisis), por no decir una nueva descompensación. Tal vez se intensifique la gravedad de un trastorno de la personalidad; puede caer en una depresión severa o hacer un episodio maníaco; quizá se exacerbe alguna de sus características neuróticas, como una fobia, o experimente un episodio agudo de ansiedad. Muchos terapeutas ven en esas regresiones una prueba de que la terapia está produciendo sus efectos (porque, para que se produzca una reestructuración significativa de la personalidad, también debe producirse una significativa desestructuración). El término crisis se aplica en relación con dichos incidentes.

Existe, con frecuencia, una coincidencia temporal entre ambos. El *impase* puede ser producido por una crisis, o, a su vez, desencadenarla. Pero por lo general es posible discernir la diferencia entre ambas cosas, lo cual es imprescindible para determinar si el paciente sufre, por así decirlo, los efectos de la terapia o de hechos exteriores a ella. En el primer caso, puedo beneficiarlo en grado sumo manteniendo su postura terapéutica normal; en el segundo, tal vez se vea obligado a modificarla (al menos temporariamente).

No es difícil que la crisis facilite la resistencia de manera funcionalmente idéntica al *impase*. No es infrecuente que la crisis tenga su origen en hechos desencadenados por la terapia misma, aun que sea externa a esta última. Un paciente puede perder su trabajo, por ejemplo, o romper su matrimonio, o incluso caer enfermo, como resultado de lo que experimenta en el curso de la terapia. De igual manera, lo que adopta la forma de crisis puede constituir funcionalmente un *impase*. Desde el punto de vista del paciente, sin embargo, la distinción suele ser clara y precisa, y esto debe ejercer una influencia notoria en el modo en que manejemos la situación.

Una experiencia de *impase* es la siguiente: “No sé de qué me sirve la terapia: no funciona, no nos lleva a ninguna parte”. Podrá también aducir: “Esto es muy artificial”, o “muy intelectual”, “demasiado caro”, o afirmar: “Usted es demasiado joven” o es “muy presuntuoso”. Tampoco es raro que el paciente se eche a sí mismo toda la culpa del *impase* producido, argumentando: “Después de todo, soy una persona demasiado inhibida” o “demasiado rígida”, “demasiado neurótica” o “totalmente loca”.

Podemos aceptar como hipótesis de trabajo que la aparición de impase se vincula al estado actual del tratamiento: por ejemplo, un sistema de defensas importante puede estar sufriendo un cambio, un conflicto muy grave aflorar a la conciencia, un recuerdo penoso estar a punto de reaparecer, un sentimiento de transferencia puede estar emergiendo. Cabe considerar, entonces, que el impase actúa como una defensa (o resistencia, para ser más exactos).

Resulta muy difícil mantener nuestra actitud profesional corriente frente a la angustia y el dolor que aquejan al paciente. Cuando la angustia del paciente alcanza contornos agudos, los métodos terapéuticos corrientes parecen fuera de lugar, inadecuados e incluso cuestionables desde el punto de vista ético. Pero, como ya hemos dicho, a diferencia de la crisis, cuando se trata del impase, los métodos corrientes de la terapia son los más eficaces y convenientes, siempre que, por supuesto, se adopten ciertas precauciones.

Es preciso prestar extensa e intensa atención al contenido manifiesto del impase. El paciente no intelectualiza, sino que siente; experimenta el poderoso efecto de un impulso y un conflicto básicos; y sus defensas salen a relucir en toda su fuerza. Los problemas han aflorado a la superficie y pueden ser vivenciados y observados con claridad (y, por ende analizados). Se trata de una oportunidad que no debemos perder; pero plantea riesgos muy graves. El riesgo más grave es desechar el contenido manifiesto del impase (o minimizarlo) y prestar atención, en forma prematura, a su presunto contenido latente.

Debe prestarse seria atención al impase real, como se hace con el contenido manifiesto de un sueño o con la forma que adopta determinado síntoma. Desechar lo abierto en favor de lo encubierto, lo manifiesto en favor de lo latente, lo consciente en favor de lo inconsciente, constituye, simplemente, un error. Nada puede resultar tan ineficaz y contraproducente como afirmar: "Oh, solo se trata de una hostilidad inconsciente" o "Es simplemente un conflicto edípico encubierto". Por añadidura, no siempre somos los terapeutas quienes adoptamos esta postura; a veces son nuestros pacientes quienes se apresuran a adoptarla, con urgencia mucho mayor.

El primer camino a seguir siempre que se produzca un impase es cerciorarse de que el paciente comprende que se trata de algo inherente a la terapia. No obstante, debe cuidarse de no restar importancia al problema real.

El próximo paso estriba en sugerir que el problema real sirve ahora a los intereses de la resistencia. Como este segundo paso suele crear más obstáculos, tal vez convendría esperar hasta haber averiguado a ciencia cierta qué quiso decir el paciente con eso de que la terapia le salía tan cara (¿era inútil?).

A continuación, su objetivo será demostrar al paciente que no se trata de un problema específico de la terapia, sino que tiene relación con sus conflictos y con toda su personalidad. Hay que aclarar el significado del problema (y del impase) relacionándolo con los temas del paciente. Si el paciente se acuerda del tema anterior, y si reacciona dando muestras de sorpresa, se habrá dado un gran paso adelante.

Las **crisis** crean nuevos problemas, a veces serios, en la conducción de la terapia. Si el paciente sufre una grave recaída o descompensación, si la persona a quien más ama se enferma gravemente o muere, si pierde su trabajo o le ocurre algo que afecta mucho su estado psicológico, habrá de sufrir una crisis que tal vez no tenga relación funcional con la terapia, pero que puede ejercer un profundo efecto sobre ella. En dichos momentos difícilmente se puede mantener la actitud profesional acostumbrada.

Desde el punto de vista del paciente, la crisis, a diferencia del impase, suele ser algo externo; y esto reviste suma importancia, aun cuando tengamos motivos para creer que dicha crisis fue precipitada por la terapia y cumple las funciones de una resistencia.

Un paciente sumido en un estado de aguda zozobra necesita nuestra comprensión, apoyo y eventualmente nuestros consejos, no nuestras explicaciones; tal vez, ni siquiera se beneficie mayormente con una enunciación de cómo se siente. Si el paciente cae en una depresión aguda en el curso de la terapia (no importa que el hecho que la precipite sea intrínseco o extrínseco al tratamiento), se verá obligado a tratar a alguien que, al menos temporalmente, no se adaptará a las exigencias del método. Podrá abandonar su actitud neutral e impassible, condoliéndose del paciente y acompañándolo en su sentir; intentará tranquilizarlo y brindarle su apoyo, en vez de formular una simple interpretación (que solo servirá para exacerbar su depresión, alentando su tendencia al autocastigo); tratará de orientarlo e incluso le prestará ayuda concreta.

Una vez superada la crisis, procurará retomar la posición en que se encontraba antes de ella. Por lo general, al paciente no le será difícil comprender qué es lo que lo llevó a actuar en forma tan distinta. En otros casos, el paciente puede rebelarse para volver al estado de cosas anteriores. Pero nunca tiene que haber albergado la menor duda acerca de que, en su condición de ser humano, ha estado siempre dispuesto a prestarle apoyo, a orientarlo de manera adecuada, a brindarle sus consejos, etc., y que si no lo hizo antes, era porque había elegido no hacerlo; por consiguiente, una vez superada la crisis podrá retomar su anterior elección.

Una de las consecuencias de la modificación de la actitud terapéutica gira en torno al hecho de que el paciente ha aprendido la manera de desviarlo de su postura analítica. Quizá se sienta entonces

poderosamente tentado a ingeniárselas para provocar una nueva crisis (tentación que asumirá tanto formas conscientes como inconscientes). Debe estar sobre aviso para captar cualquier indicio de que está cediendo a esa tentación, a los efectos de contrarrestarla con una interpretación apropiada. Puede darse, también, otra consecuencia más difícil de enunciar. Su respuesta en momentos de crisis será, por lo común, interpretada como prueba fehaciente de que efectivamente se interesa por el paciente, de su solicitud por él, y a veces dicha solicitud asumirá algunos atributos propios del amor. El paciente puede retomar la terapia con una nueva sensación de seguridad (si que se preocupa por él), así como con un nuevo ingrediente transferencial. Si bien lo ocurrido podrá reconfortarlo mucho como terapeuta, también podrá ir en serio detrimento de la terapia. Hay que evitar que el paciente sea víctima de una ilusión de amor.

Toda crisis, aunque pertenezca al pasado, afecta inevitablemente la naturaleza de la terapia. Por tal razón, deberá actuar con prudencia (por no decir cautela) en su estimación de la magnitud de esa crisis y en la introducción de las correspondientes modificaciones.

Quiero enfatizar que los impases y las crisis pueden ser provocados o desencadenados también por errores del terapeuta. Los errores del terapeuta pueden incluir fallas en su empatía, defensas u ofensas inconscientes (efectos iatrogénicos), sin hablar de sus errores conscientes.

Por todo lo anterior, no hay que entender que la etapa intermedia de la terapia, o la terapia analítica misma, configura, típicamente, una lucha constante contra una serie de impases y resistencias, que plantea una serie ininterrumpida de problemas y quejas y genera en el paciente una sensación de angustia insoslayable. ¿Qué decir de las experiencias buenas, de los momentos de entusiasmo al comprender, de la profunda satisfacción derivada de un auténtico encuentro con uno mismo, de la seguridad que proporciona el control logrado, de las recompensas inherentes a una mayor autonomía? Todo ello puede darse también, previsiblemente, en la etapa intermedia, y podemos contribuir a que efectivamente se dé. La terapia analítica no tiene por qué constituir una constante ordalía. Podemos añadir también a la calidez cierta **vivacidad**. Nuestro cuerpo, nuestros ojos, nuestra forma de hablar pueden, y deben transmitir una sensación de vitalidad y entusiasmo.

En general, el paciente vive también en esta etapa el proceso terapéutico y las experiencias analíticas.

VI.1.4. El proceso terapéutico

Podemos describir el proceso terapéutico como siguiente:

Idealmente, el terapeuta escucha con atención y mantiene una actitud neutral; no valora la conducta, ni se erige en juez de los actos del paciente. Como a él no le debe afectar si el paciente hace, piensa y siente cosas vergonzosas, la conducta del paciente no debe defraudarlo. Por otra parte, nada de lo que haga el paciente tampoco debe proporcionarle satisfacción alguna. El único deseo manifiesto del terapeuta es comprender mejor al paciente, para ayudarlo a que se comprenda mejor. Y siempre mantiene una actitud respetuosa, llena de tacto, no exenta de cierta calidez. En esa situación tan “segura”, el paciente puede hablar sin interrupciones. Gran parte del tiempo relatará sus experiencias presentes y pasadas, hablará acerca de sus pensamientos y emociones, expresará sus fantasías, sueños, deseos y temores. Toda la atención se centrará en su persona, en su vida misma. También surgirán en él sentimientos acerca de la persona que le escucha y que le ayuda a expresarse y a reflexionar. El paciente podrá reconocer esos pensamientos y emociones, esencialmente, como de su propia producción, porque el terapeuta continua siendo, como persona, un extraño para él. Por añadidura, con ese reconocimiento el paciente adquirirá, con el tiempo, un sentimiento profundo de su realidad interna, del alcance y riqueza de su persona.

Ante todo, hay que tener en cuenta, que el proceso terapéutico se caracteriza por su lentitud. A pesar de la natural impaciencia de los jóvenes y su concomitante sentido de frustración, la psicoterapia psicoanalítica exige que le concedamos el más precioso de los bienes: el tiempo.

VI.1.5. La experiencia analítica

La descripción de la experiencia analítica es más difícil que la del proceso terapéutico. Ocasionalmente se producirá algo muy peculiar en el proceso. A ello puede sumarse, aunque no necesariamente, un cambio en el estado de conciencia del paciente, quizá caracterizado por un estado de ánimo profundamente contemplativo, casi de ensoñación. Sea como fuera, en ese momento habla “desde adentro”, y con emociones que son peculiares y diferentes. Tal vez sienta una sensación totalmente nueva, o una antigua sensación que no había experimentado durante mucho tiempo, algo extraño, profundo, que puede incluso causarle una conmoción. Tal vez adquiera un nuevo *insight* de sí mismo o de lo que estaba diciendo al producirse el hecho; pero lo que cuenta es la **sensación de revelación**, la revelación de algo profundamente

válido y auténtico para él. No tiene por qué tratarse de algo totalmente nuevo o deslumbrante, pero se siente como peculiar y revelador. Esto es una experiencia analítica.

La experiencia puede ser bastante breve, y resultar sumamente difícil al terapeuta entrever su advenimiento. El terapeuta, cuando se da cuenta, tiene que enunciarle al paciente en forma articulada. Porque la experiencia analítica, a veces sobrecogedora, puede llenar de terror al paciente. El paciente experimenta una apertura total que lo pone en contacto con su realidad interna, razón por la cual, a la vez, suele experimentar un sentimiento de aprensión, por no decir de ansiedad. Es aconsejable, pues, asumir una actitud de empatía con sus sentimientos y ofrecerle cierto grado de apoyo. Por lo general, basta con darle a entender que tenemos conciencia de lo que ha experimentado. A veces, el terapeuta tiene que explicar al paciente que, por más dolorosas y terribles que le parezcan dichas experiencias, pueden ser sumamente benéficas.

Las experiencias analíticas (se llaman también las experiencias cumbres) son intensas experiencias de conocimiento, actos de aguda comprensión y, por ende, suelen ejercer considerables efectos. Resultan memorables y poseen un carácter conmovedor. Probablemente conforman la materia prima para los cambios básicos, y contra ellas se ponen en acción las principales defensas.

VI.2. SILENCIO

En el curso normal de los acontecimientos el psicoterapeuta suele guardar silencio con frecuencia; el paciente, a veces. Por consiguiente, el silencio viene a cumplir un papel importante en el proceso terapéutico. Su significado, las funciones que cumple, sus efectos, suelen ser complejos y ambiguos; y por lo general plantea a ambas partes ciertos problemas específicos. Idealmente, el silencio del terapeuta sólo reflejará su acatamiento a la consigna, o sea, que escucha y no tiene nada provechoso que decir. De manera análoga, el silencio del paciente tal vez refleje, simplemente, su determinación de meditar un rato antes de hablar, y al quedarse callado puede estar ejercitando, simplemente, su derecho a gozar de una autonomía o libertad básica. Pero, con la posible excepción de las últimas etapas de la terapia, cada una de partes suele adjudicar al silencio de la otra una serie de significados, funciones y efectos muy diversos.

El terapeuta que guarda silencio puede tener como significado para el paciente como que no asiste en forma debida, falta de interés, incapacidad para comprender, no "alimenta" ni reconforta. De manera similar, el paciente que se encierra en su mutismo tal vez esté solicitando la asistencia del terapeuta, pidiendo ser alimentado,

reconfortado. El silencio puede ser expresión de pasividad, de ira, de fantasías en torno a una íntima y muda comunión. En suma, pueden hallarse implícitos en él una serie de significados y funciones. Por ejemplo, el paciente puede utilizar el silencio para lograr que el terapeuta hable, será entonces para manipularlo.

Hay que distinguir entre una **pausa** y el silencio. El objeto de toda pausa es recobrar el aliento o, más bien, poner en orden los pensamientos. Uno simplemente "hace" una pausa, pero en cambio "cae" en un silencio, y esta diferencia suele ser captada con precisión. El tiempo de pausa cambia de un paciente al otro, de la misma manera 5 o 20 minutos de silencio tienen significados diferentes.

Así como el paciente debe sentirse cómodo con el silencio del terapeuta, del mismo modo el terapeuta debe sentirse cómodo con el del paciente. La capacidad de soportar el silencio sin perder la calma, por mucho que dure es imprescindible.

El hecho de que el silencio pueda revestir tanta importancia como la comunicación verbal implica dos cosas: 1) que puede ser objeto de comprensión analítica, vale decir que puede examinarse su significado y funciones; 2) que no tiene por qué estar vedado: el paciente debe sentirse perfectamente libre de guardar silencio cuando lo desee, así como se siente perfectamente libre de decir lo que le plazca. Es preciso insistir en este aspecto, ya que muchos terapeutas consideran que todo silencio es improductivo, que configura una suerte de impase o una manifestación de resistencia, y por ende, debe encararse en forma activa.

El silencio, por supuesto, parece contradecir la esencia misma de la psicoterapia. Por consiguiente, resulta razonable, prudente, e incluso imprescindible a veces, considerar todo silencio como una desviación o alteración significativa del desarrollo óptimo del proceso terapéutico. Pero se trata de un asunto muy complejo y sutil, que entraña varios peligros latentes.

El principal tiene que ver con el papel fundamental que cumple la autonomía. Un principio básico de la terapia analítica es que el paciente sea perfectamente libre de guardar silencio cuando así lo desee. Es indiscutible que sus silencios, al igual que sus manifestaciones verbales, se hallan sujetos a comprensión analítica. Pero, al igual que dichas manifestaciones verbales, los silencios no deben ser objeto de evaluación, juicio, censura o refuerzo. Debemos cuidarnos mucho de dar a entender que puedan ser nocivos o particularmente problemáticos.

En la mayoría de los casos en que el paciente manifiesta sentirse culpable por haber cometido alguna infracción dentro de la terapia

(como guardar el silencio), mi respuesta es que necesita sentirse así. Tal vez lo necesita en razón del castigo que su culpa merecería; pero también puede necesitarlo con fines defensivos, para evitar todo análisis de la conducta en cuestión (vale decir, la que inicialmente provocó en él el sentimiento de culpa). Esta es una de las funciones habituales de los preceptos del superyó, que puede interpretarse del siguiente modo: "Cuando usted se castiga por haber hecho algo malo, en cierta manera se ve exento de la obligación de examinar y comprender ese hecho". Para algunos pacientes, se trataría de un acto de contrición que posibilita, en forma concomitante, su perdón ("Al haber recibido ya el castigo que exigía su trasgresión, por el hecho de sentirse culpable, ha cumplido su penitencia; en cierto sentido ha sido perdonado").

Más que cualquier otro tema relacionado con las técnicas de psicoterapia, el del silencio es el que da lugar a las polémicas más acaloradas y plantea mayores interrogantes y desafíos.

En la medida en que el silencio no permita entrever pensamiento o sentimiento alguno, resultará relativamente menos productivo que el hecho de hablar; pero en determinadas circunstancias, el silencio puede resultar más auténtico que toda comunicación verbal.

A menudo, resulta imposible evaluar el silencio en el momento mismo en que se produce, pero no siempre ocurra así. A veces, por ejemplo, cabe interpretarlo sobre la base de lo ocurrido anteriormente; en otras ocasiones, la conducta del paciente durante el tiempo que dura su silencio podrá darnos la pista de lo que sucede. El paciente que suele mirar de frente mientras habla puede desviar la vista al hacer silencio, o viceversa; el que por lo general aparenta placidez puede mostrarse agitado, gesticular, parecer enojado o empecinado, sonreír tontamente o como si estuviera molesto. Estas conductas no verbales transmiten mensajes de importancia y pueden aclarar el sentido del silencio. Si el silencio viene precedido de: "No sé qué hablar", "Se me hizo una laguna en la mente", o "No tengo nada que decir" indican que el silencio no constituye una pausa hecha por el paciente para reflexionar, sino el resultado de algún conflicto subyacente. Antes de cualquier iniciativa el terapeuta debe plantearse dos preguntas: 1) ¿Puedo ofrecerle una interpretación o línea interpretativa oportuna?; 2) ¿Es mi deseo orientar al paciente, en relación con su actitud hacia el silencio? Las respuestas dependerán si el silencio es algo nuevo o no; también si la terapia está en sus etapas iniciales o más bien finales.

Los primeros silencios del paciente a menudo no persiguen otro objeto que averiguar cuál será su reacción. ¿Cuánto tiempo dejará que se prolongue? ¿Lo soportará incólume hasta el fin? ¿Qué hará para que hable? A veces parece desencadenarse una suerte de competencia: ¿Quién hablará primero? Es indispensable dilucidar lo antes posible todos los supuestos, actitudes, sentimientos e incluso fantasías asociadas al silencio, y sus significados y funciones manifiestas deben analizarse antes de prestar atención a sus posibles significados y funciones ocultas, inconscientes o latentes.

El impase, al igual que el silencio, no debe ser necesariamente quebrado. Nos brinda una valiosa oportunidad de análisis, un importante período de tensión. Su resolución puede ser imperativa, pero resolución significa algo radicalmente distinto de disolución. Entre las crisis propias de la evolución del ser humano se dan siempre períodos de consolidación relativamente calmados.

¿Hasta qué punto el terapeuta deberá guardar el silencio? ¿Qué grado de control puede ejercer el paciente sobre la actitud y la participación de su terapeuta? La respuesta, en términos generales, es "Depende". La preservación por parte del terapeuta de su propia autonomía servirá de modelo para el paciente, y constituye un prerequisite de la suya propia. En consecuencia, lo ideal es que ni el terapeuta ni el paciente ejerzan mucho control el uno sobre el otro. Por lo tanto, uno de sus objetivos básicos será mantener su independencia, ajeno por completo a los esfuerzos que haga el paciente con el fin de inducirlo a hablar. Dicho objetivo, sin embargo, suele lograrse de manera gradual, y es preciso que actúe con tacto y sentido del equilibrio (forma en que, después de todo, persigue todos los demás objetivos de la terapia analítica). Puede ser un error adoptar una actitud rígida desde el comienzo mismo, o adoptarla sin tener en cuenta la capacidad y necesidades del paciente. Entretanto podemos proponernos como meta la reducción gradual de la habilidad "manipuladora" del paciente. Por añadidura, la autonomía es siempre relativa. El objetivo no es eliminar por completo la interdependencia.

El analista puede pasarse sesiones enteras sin pronunciar palabra. No cabe duda que semejante procedimiento tiene efectos profundos y muy peculiares en el curso del tratamiento. Fuera de los significados inconscientes, de su papel en la transferencia y regresión, y de sus efectos sobre la experiencia que el paciente tiene de la terapia misma (p. ej., su sensación de entablar un diálogo intrapsíquico), una consecuencia cuya importancia no deberá soslayarse o minimizarse es que toda verbalización efectuada en el marco del más absoluto silencio producirá un impacto muy especial y profundo.

El terapeuta que no guarda tanto silencio debe de todos modos fomentar el monólogo del paciente.

Es improbable que el paciente pueda mantener el desarrollo del proceso terapéutico en un nivel óptimo durante mucho tiempo, sin que el terapeuta tenga ocasión de introducir alguna mejora.

La autonomía y la libertad no deben equipararse a los conceptos de privacidad y aislamiento. Una cosa es que el paciente vea en el analista a un extraño que lo escucha en silencio, y otra muy diferente que vea en él a una figura totalmente silenciosa. Lo primero suele ser inevitable (debido a la neutralidad y la impersonalidad del analista), y los pacientes pueden admitirlo; no es así lo segundo.

Si el paciente lucha por expresar pensamientos intraducibles y sentimientos indefinidos, no percibirá en el analista a una persona que lo escucha en silencio, sino a un ser totalmente silencioso. En esas circunstancias su silencio puede interpretarse como falta de participación, como deseo consciente de rehusarle su ayuda. El paciente tiene todo el derecho del mundo a sentirse desamparado, abandonado, o a pensar que está siguiendo un camino incorrecto o que dice cosas incomprensibles.

No hay que esconderse detrás del silencio para fomentar más la imagen que pueden tener de un analista: que es un ser omnisciente, que comprende todo pero no lo dice.

Repetimos que la actitud básica del terapeuta entraña el deseo de que su paciente sea activo: por ende, tratará por su parte de permanecer tan pasivo (tan impasible) como le sea posible. Deberá experimentar una suerte de inercia que le lleve a quedarse callado, y su actitud preferida será la del oyente atento y activo. Su objetivo será establecer y mantener la debida distinción entre el silencio en sí y el silencio como medio de lograr una mayor comprensión de lo que dice el paciente.

Ocasionalmente, muchos terapeutas hacen gala de ingenio y **humor** en sus intervenciones, fundamentándolo, no en el deseo de aligerar el clima de la sesión, sino más bien de aprovechar las virtudes específicas del humor para tornar más aguda una observación, proporcionar una interpretación sucinta y condensada, facilitar la descarga de tensiones o sortear momentáneamente una defensa. El humor, no obstante, debe utilizarse con suma discreción, puesto que con gran facilidad lleva a incurrir en falta de tacto. Pero, ante todo depende del paciente, la única ocasión en que creo apropiado el humor del terapeuta es cuando es compartido por el paciente, y siempre que su función defensiva no cobre primacía. Podemos decir también que una de las señales de mejoramiento del paciente será el desarrollo o el retorno del humor en él.

VI.3. LO CONSCIENTE Y LO INCONSCIENTE, EL PENSAMIENTO Y LOS SENTIMIENTOS

Quiero insistir que la meta de la terapia no es únicamente “Hacer consciente lo que se mantiene inconsciente”. Ello implica una especie de menosprecio de la pobre conciencia en favor de su substrato inconsciente. La estructura de la experiencia real, la trama de la conciencia, deben ser estudiadas y comprendidas. Hay que abstenerse en todo momento de zambullirse en forma apresurada en las capas más

profundas de la conducta y la experiencia, y adoptar asimismo las precauciones necesarias para impedir que el paciente lo haga.

De otra parte, tanto el terapeuta como el paciente pueden hallarse más cómodos (como una maniobra defensiva) limitándose a manejar hechos más abstractos como la "agresión", el "sexo", el "conflicto" y el "placer". Nuestras experiencias de ira, frustración, vergüenza, lujuria y dolor pueden ser más difíciles de enfrentar. El paciente que comienza a sentirse defraudado con el terapeuta podrá hallar inmediato alivio al intelectualizar que es víctima de un conflicto transferencial.

Su tarea primera y principal ha de ser enunciar en forma articulada la experiencia del paciente, hacer que éste tome plena conciencia del alcance y características de lo que siente. Por lo tanto, se abstendrá de dar una mera explicación (que suele servir para diluir la importancia de la experiencia) y de rastrear sus orígenes menos conscientes.

El recurrir a explicaciones dinámicas y económicas o a reconstrucciones genéticas es tan útil como necesario. Una explicación facilita la ampliación, la enunciación articulada y el reordenamiento de la experiencia consciente, pero la inversa no es cierta. Deben utilizarse las explicaciones con el objeto de realzar las experiencias y conductas reales, su autenticidad, complejidad e inmediatez. Por medio de una explicación pueden corregirse las distorsiones y desplazamientos. El error estriba en concebir las distorsiones y desplazamientos como algo trivial en relación con significados y funciones más profundas.

El reconocimiento intelectual (y no intelectualización como mecanismo de defensa) puede ser muy interesante y constituir una auténtica revelación, ejerciendo notoria influencia sobre la conducta y experiencia del paciente. Pero, la vivencia emocional afecta mucho más la persona total.

Muchos futuros psicoterapeutas convierten a los sentimientos en su principal (por no decir exclusivo) objeto de estudio, y asignan máxima prioridad a los sentimientos de sus pacientes. Parecería que se tomaran demasiado en serio la categoría diagnóstica global de "perturbación emocional" y visualizarán los problemas de sus pacientes como trastornos básicamente emotivos. La manera de pensar del paciente, el modo en que percibe y recuerda, lo que sabe y cree, sus aspiraciones y fantasías, pasan a segundo plano, en una búsqueda unilateral y empecinada de sentimientos. "Pero, ¿qué siente?", es el interrogante clave. Lo cual simplifica mucho las cosas (y tal vez por eso se ha difundido tanto). Pero, el conocimiento (reconocimiento intelectual) también cuenta, y a veces en forma sustancial.

Hay que recordar que por lo común los sentimientos son más inefables que los pensamientos. Podemos enunciar nuestros pensamientos por medio de las palabras (decir lo que queremos, lo que nos gusta, lo que tenemos, lo que creemos) con mucho más precisión que nuestros sentimientos. Muchos idiomas son muy pobres en vocablos que permitan describir vivencias internas, en particular sus matices y aspectos más sutiles. Ello puede también plantear un grave problema en psicoterapia, por cuanto nuestra misión es comprender y enunciar en forma articulada la experiencia del paciente. Y como la comprensión adquirida debe comunicarse -en ambos sentidos-, debemos aprender el lenguaje de nuestro paciente (qué significan sus palabras, cuáles son sus pautas de referencia en la conducta y la experiencia) y él debe aprender el nuestro.

La cultura del paciente, definida en términos amplios, debe desempeñar un papel vital en nuestra labor. Cuando estimamos la amplitud de la inferencia y juzgamos el tipo de confirmación que recibe, tomamos en cuenta las experiencias particulares de cada paciente en particular.

VI.4. SOBREDETERMINACIÓN DE LA CONDUCTA

Toda conducta está dirigida al cumplimiento de determinados objetivos, es decir que es intencional (vale decir, motivada). Ello significa que todo acto psicológico debe considerarse instrumental con respecto a un objetivo determinado. Dicho supuesto básico se resume bajo el rótulo de “**dinámico**”. Dicho de otro modo, la conducta sirve a determinadas necesidades, impulsos y propósitos.

Pero el punto de vista dinámico es algo más que una simple concepción motivacional, ya que interpreta la conducta como resultante de fuerzas que actúan en forma concertada y suelen entrar en conflicto. Se basa en la premisa básica de que ninguna conducta (con excepción, quizá, de los reflejos y respuestas simples) es el mero resultado de un motivo, impulso o propósito único. Por el contrario, siempre intervienen dos o más de esos elementos. Cuando estas fuerzas actúan en forma concertada, decimos que la conducta está **sobredeterminada** o bien que rige **principio de la función múltiple**; cuando actúan en disonancia, decimos que hay un **conflicto**. El punto de vista adoptado nos impone dos tipos de supuestos: 1) cuando el paciente dice: “Odio a mi padre”, suponemos que está dando expresión a un sentimiento ambivalente (vale decir, un conflicto) y que está afirmando, asimismo: “También amo a mi padre”; 2) cuando dice: “Odio a mi padre porque me aterroriza la perspectiva de parecerme a él”, suponemos que existen también otras razones (sobredeterminación), por ejemplo: “...porque me aterroriza la perspectiva de no parecerme a él”.

CAPÍTULO VII.

RESISTENCIAS

Sólo en las terapias analíticas tratamos de superar las resistencias analizándolas, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia.

VII.1. DEFINICIÓN

Resistencia significa oposición. Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban a la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar, lograr y asimilar el *insight*, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar. La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente, y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones.

En función de la neurosis del paciente, **las resistencias tienen una función defensiva**. Las resistencias se oponen a la eficacia de los procedimientos analíticos y defienden el *statu quo* del paciente.

VII.2. MODOS DE APARICIÓN CLÍNICA DE LA RESISTENCIA

Las resistencias se presentan de muchos modos, sutiles y complejos, en combinaciones o en formas mixtas. También, todo tipo de comportamiento puede desempeñar una función de resistencia, porque todo comportamiento tiene aspectos impulsivos como defensivos.

1. El paciente calla. Esta es la forma más transparente y frecuente de resistencia que se encuentre en la práctica analítica. Por lo general, significa que el paciente no está dispuesto, consciente o inconscientemente, a comunicar sus pensamientos o sentimientos al analista. Nuestra misión es analizar las causas del silencio.

A veces, a pesar del silencio, un paciente puede revelar el motivo o incluso el contenido de su silencio inadvertidamente por su postura, sus movimientos, la expresión de su rostro. Desviar la cabeza de la mirada, cubrirse los ojos con las manos, retorcerse en el diván y enrojecer puede significar turbación. Hemos tratado el silencio más ampliamente en otra sección, pero en general, y para la mayoría de los fines prácticos, el silencio es una resistencia al análisis y como tal debe manejarse.

2. El paciente “no siente deseos de hablar”. En este caso el paciente no está literalmente silencioso, pero siente que no tiene ganas de hablar, o no tiene nada que decir. Con mucha frecuencia queda en silencio después de declararlo así. Nuestra tarea es explorar por qué o cómo se siente para no querer hablar.

3. Afectos que indican resistencia. La indicación más típica de resistencia desde el punto de vista de las emociones del paciente se puede observar cuando éste se comunica verbalmente pero con ausencia de afecto. Lo que dice es seco, monótono, insulso y apático. Se tiene la impresión de que el paciente no participa, que aquello de que habla no le afecta (impropiedad de afecto, disociación de la ideación y de la emoción).

4. La postura del paciente. Con mucha frecuencia, los pacientes revelan la presencia de una resistencia por la postura que adoptan en el diván. La rigidez, el envaramiento o el enovillamiento protector pueden indicar que están a la defensiva. Sobre todo, cualquier postura sin cambio, que dure toda una hora, y sesión tras sesión, siempre es señal de resistencia. El movimiento excesivo también indica que algo se descarga con movimientos y no con palabras. La discrepancia entre la postura y el contenido verbal es también señal de resistencia. Las manos apretadas, los brazos fuertemente cruzados sobre el pecho, los tobillos firmemente unidos son indicios de estarse controlando. El bostezo denota resistencia. La entrada y la salida del consultorio evitando la mirada del terapeuta son también indicaciones de resistencia.

5. La fijación en el tiempo. Cuando un paciente habla constante e invariablemente del pasado sin mezclar nada del presente o a la inversa, si un paciente habla continuamente del presente sin zambullirse una que otra vez en el pasado, es que hay alguna resistencia operando. El apego a determinado período de tiempo es una evitación.

6. Los acontecimientos externos o de escasa importancia. Cuando el paciente habla de sucedidos superficiales, insignificantes o relativamente desprovistos de importancia durante un período de tiempo bastante largo, es que está evitando algo subjetivamente importante. La falta de introspección y reflexión sobre contenidos repetidos es señal de resistencia.

Otro tanto puede decirse de la charla acerca de asuntos externos, aunque sean de gran importancia política. Si la situación externa no conduce a una situación personal, interna, se está expresando una resistencia.

7. Evitación de temas. Es muy propio de los pacientes el rehuir las cuestiones penosas. Esto puede hacerse consciente o inconscientemente. Sucede sobre todo con ciertos aspectos de la sexualidad, la agresión y la transferencia. En lo tocante a la sexualidad, los aspectos más delicados parecen ser los relacionados con las sensaciones y las regiones del cuerpo. En cuanto a la agresividad, los pacientes hablarán en general de sentirse enojados o irritados cuando en realidad quieren decir que estaban furiosos y tenían ganas de matar a alguien.

Las fantasías sexuales u hostiles en relación con la persona del analista son también de los temas más cuidadosamente evitados al principio del análisis. “Me pregunto si usted es casado” u “Hoy parece usted cansado y pálido” son manifestaciones veladas de tales fantasías.

8. Rigideces. El hecho de empezar siempre del mismo modo estereotipado las sesiones indica resistencia. Podemos citar como ejemplos: empezar cada sesión recitando un sueño o anunciando que no hubo sueño; empezar cada hora comunicando sus síntomas o sus quejas, o hablando de los sucedidos el día anterior. Hay pacientes que “preparan” sus sesiones, para que sea interesante, para no quedar callado, para ser un “buen” paciente, indicios todos de resistencia. Presentarse constantemente tardío o constantemente puntual indica que algo se oculta.

9. El lenguaje de la evitación. El ejemplo de frases hechas o de términos técnicos es una de las más frecuentes indicaciones de resistencia. Suele señalar la evitación de las imágenes vivas y evocadoras del lenguaje personal. El paciente que dice “órganos genitales” refiriéndose al pene está evitando la imagen que viene a las mentes con la palabra pene. Debe notarse aquí que para el terapeuta es importante el emplear un lenguaje personal y animado cuando habla con sus pacientes.

El empleo del cliché o lugar común aísla los afectos y evita la participación emocional. Por ejemplo, el empleo frecuente de frases como “real y verdaderamente”, “de veras”, “supongo que”, “usted ya sabe”, etc., etc., siempre son indicios de evitación. Las frases hechas que más se repiten son indicaciones de resistencias de carácter y no pueden tratarse sino cuando el análisis va avanzado. Las aisladas pueden enfocarse al principio del análisis.

10. El retraso, la inasistencia y el olvido del pago. Es evidente que el llegar tarde a la cita repetidamente, o no acudir a ella, y el olvidarse de pagar son indicaciones de la renuencia a acudir al tratamiento o a pagar por él. Esto también puede ser consciente, y entonces relativamente accesible, o inconsciente en el sentido de que el paciente puede racionalizar el caso.

11. La ausencia de sueños. Los pacientes que saben que sueñan y olvidan el sueño se resisten obviamente a recordar sus sueños. Los pacientes que no recuerdan haber soñado nada en absoluto son los que tienen las más fuertes resistencias.

Son los sueños el medio más importante de acceso al inconsciente, a lo reprimido y a la vida instintual del paciente. El olvidarse de los sueños es indicio de que el paciente está luchando contra la revelación de su inconsciente y en particular de su vida instintual al analista.

12. El paciente se aburre. El aburrimiento en el paciente indica que está evitando el conocimiento de sus apremios instintuales y sus fantasías. Debe decirse que el aburrimiento en el terapeuta podría indicar que éste está bloqueando sus fantasías en relación con su paciente, reacción de contratransferencia. También puede significar que el paciente se está resistiendo y que el analista todavía no lo ha descubierto conscientemente, pero su percepción inconsciente lo tiene descontento y aburrido.

13. El paciente tiene un secreto. Un secreto consciente es una resistencia. Pero, es algo que debe ser respetado, no aplastado, ni forzado.

14. La actuación (*acting out*). La actuación es un fenómeno muy frecuente e importante que presenta durante la terapia analítica. Es una resistencia porque consiste en repetir en acción en lugar de pensar y

recordar. El hecho que el paciente hable del material de la sesión analítica con otra persona que no sea el analista es también una actuación.

15. La alegría frecuente en la consulta. En su conjunto, la labor analítica es grave. No siempre será sombría o lamentable, y no todas las horas analíticas son deprimentes o dolorosas, pero en general se trata por lo menos de una labor muy dura. La alegría frecuente en las sesiones, el gran entusiasmo y el júbilo prolongado indican que algo se está ocultando, por regla general, algo muy distinto, alguna forma de depresión. El súbito paso a la salud, la desaparición prematura de síntomas sin *insight*, son señales de tipos semejantes de resistencia y como tales habrán de ser tratados.

16. El paciente no cambia. Si el análisis está obrando y por lo tanto influyendo en el paciente, es de esperar que se produzcan cambios en el comportamiento o la sintomatología del mismo. A veces parece que uno está trabajando bien con un paciente pero no se aprecia ningún cambio. Si esto dura bastante y no hay resistencia manifiesta se debe sospechar alguna resistencia oculta y difícil de descubrir.

VII.3. TEORÍA DE LA RESISTENCIA

VII.3.1. El examen histórico

En la evolución del psicoanálisis, la hipnosis, la sugestión y la abreacción han sido abandonadas en favor de la asociación libre y el análisis de la resistencia y la transferencia.

Freud ya había descubierto que toda asociación, toda acción del paciente en tratamiento debe contar con que habrá resistencia. Las asociaciones del paciente son también una transacción entre las fuerzas de resistencia y las que luchan por la recuperación.

La **compulsión a la repetición** es un aspecto particular de la resistencia que consiste en la tendencia del paciente a repetir (reeditar) una experiencia dolorosa del pasado en lugar de recordarla. Estas resistencias son tenaces y requieren una translaboración.

Las mayores resistencias serían, según S. Freud, la envidia del pene en las mujeres, mientras que en los hombres sería su temor de tener deseos femeninos pasivos respecto de otros hombres.

Anna Freud, en su libro "El yo y los mecanismos de defensa" intenta la primera sistematización de los diversos mecanismos de defensa y sus relaciones con las resistencias en el curso de la terapia analítica. Las defensas que se manifiestan como resistencias durante el tratamiento realizan también importantes funciones para el paciente en su vida exterior. Las defensas se repiten asimismo en las reacciones de transferencia.

La obra de W. Reich sobre el análisis del carácter ayuda a entender también la resistencia. El carácter neurótico (sin síntomas neuróticos) está relacionado con las actitudes y los modos de comportamiento habituales, generalmente egosintónicos, que hacen de coraza contra los estímulos externos y contra las sublevaciones instintuales del interior. Estos rasgos de carácter tienen que someterse al análisis.

VII.3.2. La resistencia y la defensa

La resistencia se opone al procedimiento analítico, al analista y al Yo razonable del paciente. Defiende la neurosis, lo antiguo, lo familiar e infantil, del descubrimiento y del cambio. Puede ser adaptativa. La palabra resistencia se refiere a todas las operaciones defensivas del aparato mental provocadas en la situación analítica.

La defensa se refiere a procesos en la vida cotidiana que ponen a salvo del peligro y el dolor, en contraste con las actividades instintivas que buscan el placer y la descarga. En la situación analítica, las defensas se manifiestan en forma de resistencias. Durante el curso del análisis las fuerzas de resistencia echarán mano de todos los mecanismos, modos, medidas, métodos y constelaciones de defensa que el Yo ha empleado en la vida exterior del paciente.

Las resistencias operan en el interior del paciente, esencialmente en su Yo inconsciente, si bien ciertos aspectos de su resistencia pueden ser accesibles a su Yo conservador y opinante. Tenemos que distinguir entre el hecho de *que* el paciente esté resistiendo, *cómo* se resiste, *a qué* se resiste y *por qué* lo hace. Al comenzar el análisis, el paciente suele sentir la resistencia como cierta contrariedad en relación con las peticiones o intervenciones del analista más que como un fenómeno intrapsíquico. Al desarrollarse la alianza de trabajo, la resistencia se percibirá como una operación defensiva ajena al Yo dentro del Yo afectivo del paciente.

El motivo de defensa es lo que hizo entrar en acción a una defensa. La causa inmediata es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la angustia, la culpabilidad o la vergüenza. La causa más distal es el impulso instintual subyacente que provocó la angustia, la culpabilidad o la vergüenza. La causa última es la situación traumática, un estado en que el Yo se vio arrollado y desvalido porque estaba lleno de una angustia que no podía controlar, dominar ni frenar... un estado de pánico. Más tarde, en situaciones similares o desplazadas, el paciente trata de evitar estos afectos dolorosos (traumáticos) instituyendo defensas a la menor señal de peligro.

La situación de peligro que puede despertar un estado traumático atraviesa un proceso de desarrollo y cambio con las diferentes fases de la maduración. Pueden ser caracterizadas a grandes rasgos como miedo a la aniquilación física (desvalimiento del bebé o del infante), miedo a la separación o al abandono, sentimiento de no ser amada, miedo a la castración y miedo a perder la propia estimación. En el análisis, todo pensamiento, sentimiento o fantasía que despierte una emoción dolorosa, trátase de asociación libre, un sueño o la intervención del analista, provocará resistencia en algún grado. Si se sondea lo que está oculto detrás del afecto doloroso, se descubrirá algún impulso instintivo peligroso y, a fin de cuentas, algún vínculo con un acontecimiento relativamente traumático de la historia preverbal y verbal del paciente.

La compulsión de repetir puede manejarse mejor terapéuticamente considerándola un intento de dominar tardíamente una antigua situación traumática, en lugar de considerarla como el resultado del instinto de muerte. La repetición puede representar la esperanza de un final feliz para una frustración pasada. El masoquismo, la autodestructividad y la necesidad de padecer, como mejor pueden enfocarse clínicamente es como manifestaciones de agresión que se vuelven en contra del propio individuo. El interpretar las resistencias como expresión de un instinto de muerte conduce sólo a la intelectualización, la pasividad y la resignación.

VII.3.3. La resistencia y la regresión

Regresión se refiere a la vuelta a una forma anterior, más primitiva de actividad mental. Uno tiende a volver a las escalas que fueron puntos de fijación en tiempos anteriores. Sabemos que las frustraciones y sobre todo satisfacciones excesivas en un punto dado del desarrollo favorecen la fijación. La fijación es un concepto de desarrollo y la regresión es uno defensivo.

La huida del dolor y el peligro motivan la regresión. El paciente que renuncia a su amor y rivalidad edípicos, su masturbación y su orgullo

fálico y exhibicionista y se vuelve otra vez apegadamente desafiante, despechadamente sumiso, orientado hacia lo obsesivo, es un caso de regresión de la organización sexual. La transformación de los pensamientos en imágenes visuales en casos de alucinaciones es una regresión donde se pasa del proceso secundario al proceso primario. La regresión en casos de narcisismo, personalidades fronterizas o psicóticas se hace de las relaciones objetales hacia el narcisismo primario.

Recordemos que la regresión temporal en las funciones del Yo es parte del desarrollo normal del niño. En el proceso de maduración, la regresión y la progresión alternan y obran recíprocamente una en la otra.

La regresión no es necesariamente patológica. En ciertas condiciones, el Yo tiene la capacidad de regular la regresión, como lo hace en el sueño, en el chiste y en algunas actividades creadoras. Durante la terapia analítica, el paciente y el terapeuta también hacen una regresión temporal y parcialmente. Importa también tener presente que la regresión no es un fenómeno total, no abarca todas las funciones. Por lo general vemos regresiones selectivas; un paciente puede regresar en ciertas funciones del Yo y no en otras.

VII.4. CLASIFICACIÓN DE LAS RESISTENCIAS

VII.4.1. Según el origen de la resistencia

Freud clasificó las resistencias en tres categorías:

1. Resistencias del Yo que corresponde a la “represión”, la “ganancia secundaria” y la “resistencia de transferencia”.
2. Resistencias del Superyó relacionadas con la culpa inconsciente y la necesidad de castigo.
3. Resistencias del Ello, que Freud describió como una especie de “viscosidad de la libido”, “compulsión a la repetición” que le impide cambiar de objetos y que tiende, sobre bases constitucionales, a fijar la personalidad.

Las resistencias del Ello y del Superyó se ligarían a la llamada “**reacción terapéutica negativa**”, en la cual se observa la imposibilidad del paciente para tener una real mejoría en el análisis y en la vida. Cada vez

que se produce un cambio positivo, el paciente vuelve a empeorar y eventualmente abandona el tratamiento; busca un nuevo analista, tan sólo para repetir nuevamente el ciclo. Este proceso patológico debe distinguirse de los aumentos de las resistencias que acompañan cualquier proceso de cambio y que podrían denominarse “micro reacciones terapéuticas negativas”, que se dan a lo largo de cualquier tratamiento analítico, y que escoltan defensivamente cualquier modificación vital.

Al contrario de S. Freud, muchos psicoanalistas piensan que todos las estructuras psíquicas participan en todos los sucesos psíquicos, si bien en grado diverso. Con esto presente, tendremos menos tendencia a exagerar en la simplificación o la generalización de nuestras formulaciones. Así, se considera que la resistencia y la defensa, la actividad de evitar el dolor, nace del Yo, cualquiera que sea el estímulo provocador. Por ejemplo, en el caso de la culpabilidad inconsciente de origen superyoica, el Yo puede defenderse de esto mediante una formación reaccional de un carácter supermoral. El Yo evalúa el peligro y siente algún asomo de angustia. Tanto el evaluar el peligro como el sentir la angustia hacen de señal al Yo para que tome medidas, sean de adaptación, de defensa o de síntomas.

VII.4.2. Según los puntos de fijación

Durante la terapia pueden predominar resistencias de uno u otro estadio del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálico-edípico, latencia o adolescencia. Además, la forma y el tipo de resistencia cambian en un paciente durante el curso de análisis. Hay regresiones y progresiones, de modo que cada paciente manifiesta multitud de resistencias.

Podemos dar como ejemplos de resistencias:

- para la fase oral: pasividad, depresión, adicciones, anorexia o bulimia, desintegración o fantasías de ser salvado, introyecciones e identificaciones, etc.
- para la fase anal: rencor, desconfianza, vergüenza, sadomasoquismo, marcada ambivalencia, recriminaciones obsesivas, retentividad (constipación, avaricia), no querer hacer nada, etc.
- para la fase fálica: la culpabilidad por masturbación, las fantasías incestuosas, la angustia de castración (miedo al fracaso), etc.

VII.4.3. Según los tipos de defensa

Podemos citar todos los tipos de mecanismos de defensa descritos. La represión entra en la situación analítica cuando el paciente “olvida” su sueño, su hora de visita, o de su mente se borran experiencias cruciales o personajes importantes de su pasado, etc.

La resistencia de aislamiento (la disociación ideo-afectiva) puede servir para aislar la labor analítica del resto de su vida. Los *insight* ganados en el análisis no pasan a su vida cotidiana.

La actuación es otra maniobra especial de resistencia, es una versión ligeramente deformada del pasado pero cohesiva, racional y egosintónica para el paciente. Estas personas, en lugar de expresar sus impulsos en palabras y en sentimientos, lo descargan en acciones.

Las resistencias caracteriales son otro tipo complejo y en extremo importante de defensa que merece mención especial. El **carácter** es el modo habitual que tiene un individuo de tratar con el mundo interno y externo. Es la posición y postura integrada y organizada constante del Yo en relación con lo que de él se pide. El carácter se compone en lo esencial de hábitos y actitudes. Unos son predominantemente defensivos, otros esencialmente instintivos. Las resistencias caracterológicas se derivan de las defensas de carácter, plantean un problema especial en la técnica analítica porque son habituales, rígidamente fijas y por lo general egosintónicas. En general, el paciente está tranquilo, ya que suelen aparecer en la sociedad convencional como virtudes (limpieza, éxito, fama, trabajador, riqueza, conocimiento, competencia, moralidad, fidelidad a los antepasados, costumbres y rituales, lealtad, franqueza, honestidad, respeto, etc.).

Estudiaremos las resistencias transferenciales en el próximo capítulo.

VII.4.4. Según la categoría diagnóstica

Ciertas entidades de diagnóstico emplean ciertos tipos de defensa y que por lo tanto esas resistencias particulares predominarán durante el curso del análisis. No obstante, las entidades clínicas que se describen raramente se ven en forma pura; la mayoría de los pacientes tienen alguna mezcla de patología diferente junto con el diagnóstico central que les damos. Podemos dar las siguientes resistencias típicas para la categoría diagnóstica:

Las histerias: Represión y formaciones reactivas aisladas. Regresión a las características fálicas. Labilidad emocional, somatización,

conversiones y genitalizaciones. Identificaciones con objetos de amor perdidos y objetos productores de culpabilidad.

Las neurosis obsesivas: Aislamiento, anulación retrospectiva, proyecciones y formaciones reactivas en masa. Regresión a la analidad con formaciones reactivas de los rasgos de carácter: orden, limpieza y tacañería se convierten en resistencias importantes. Intelectualización, a manera de resistencia a los sentimientos. Pensamiento mágico, omnipotencia del pensamiento, meditación. Interiorización de las reacciones de hostilidad y Superyó sádico.

Las depresiones neuróticas: Introyecciones, identificaciones, actuación e impulsividad. La instintualidad oral y fálica deformadas regresivamente. Emocionalidad, comportamiento y actitudes contrafóbicos, adictividad y masoquismo.

Las neurosis de carácter: Según sea en lo fundamental un carácter histérico, obsesivo o depresivo, sería de esperar que hallásemos los hábitos, rasgos y actitudes que suelen calificarse de rígidos y egosintónicos.

VII.4.5. Una clasificación práctica

Desde el punto de vista terapéutico, se puede distinguir las resistencias ajenas al Yo de las egosintónicas. Las ajenas al Yo aparecen extrañas, ajenas y raras al Yo razonable del paciente. Por consiguiente, esas resistencias son relativamente fáciles de reconocer y permiten hacer buen trabajo.

Mientras que las resistencias egosintónicas parecen al paciente como familiares, racionales, objetivas y a veces de valor social. Esas resistencias son más difíciles de reconocer para el analista y el paciente, y es más difícil el establecimiento de una alianza de trabajo en relación con ellas. Las formaciones reactivas, las resistencias caracterológicas, las actitudes contrafóbicas entran en esta categoría.

Para poder analizar las resistencias egosintónicas, primero hay que hacerlas ajenas al Yo del paciente con aclaraciones y confrontaciones. De ordinario al empezar el análisis se trabaja con las resistencias ajenas al Yo, sólo después de que el paciente ha logrado formar una alianza de trabajo segura es posible empezar a buscar las resistencias egosintónicas y a laborar con ellas.

VII.5. TÉCNICA DEL ANÁLISIS DE LAS RESISTENCIAS

VII.5.1. Las condiciones preliminares

Para interpretar, para hacer comprender al Yo razonable del paciente es la condición previa que lo que ha de ser interpretado sea primero mostrado y aclarado. Para analizar una resistencia, por ejemplo, el paciente tiene que saber primero que hay una resistencia funcionando. Esa resistencia tiene que ser demostrable y el paciente tiene que verse frente a ella. Entonces hay que enfocar nítidamente la variedad particular o el detalle exacto de la resistencia. A veces el paciente no necesita que el analista realice la confrontación, la aclaración o la interpretación porque él puede hacerlas por sí mismo.

Las fuerzas del paciente que se oponen a los procesos y procedimientos analíticos pueden descomponerse como sigue: 1) Las maniobras defensivas inconscientes del Yo, que dan los modelos para las operaciones de resistencia. 2) El temor al cambio y el afán de seguridad, que mueven al Yo infantil a apegarse a las normas neuróticas familiares. 3) El Superyó irracional, que exige sufrir para expiar la culpabilidad inconsciente. 4) La transferencia hostil, que impulsa al paciente a vencer al terapeuta. 5) La transferencia sexual y romántica, que lleva a los celos y la frustración, y en definitiva a una transferencia hostil. 6) Los impulsos sádicos y masoquistas, que llevan al paciente a provocar muchos placeres dolorosos. 7) La impulsividad y las tendencias de actuación, empujan al paciente en dirección de las satisfacciones rápidas y contra el *insight*. 8) Las satisfacciones secundarias de la enfermedad neurótica incitan al paciente a apegarse a su neurosis.

VII.5.2. El reconocimiento de la resistencia

Esto puede ser sencillo cuando la resistencia es patente, como en los ejemplos citados en la sección VII.2. Es más difícil cuando la resistencia es más sutil, compleja, vaga o egosintónica para el paciente. La observación intelectual del paciente ha de completarse con la empatía del analista para descubrir esas sutiles resistencias.

VII.5.3. La confrontación

En los casos que el Yo razonable del paciente no alcanza a reconocer la resistencia, hay que señalar, demostrar la existencia de una resistencia al paciente. Empero, al mismo tiempo, el terapeuta debe buscar, a veces esperar, el estado del Yo del paciente que sea capaz de aceptar las pruebas para convencerse. Con el fin de incrementar la demostrabilidad de una resistencia, es aconsejable dejar que se desarrolle. Para ello, el silencio es el mejor método. Otras veces, se puede pedir más detalles en torno al punto resistente. Otro procedimiento para ayudar al paciente a reconocer la presencia de las fuerzas de resistencia es señalar todas las pruebas clínicas.

VII.5.4. La aclaración de la resistencia

Ya hemos hecho ver al paciente con la confrontación que tiene una resistencia. Por ejemplo, llegó tarde a la sesión, se quedó callado un tiempo y después dice que soñó anoche, pero lo olvidó. El terapeuta dice que el paciente parecía querer escaparse de la terapia.

Ahora hay que buscar: 1) ¿Por qué huye el paciente? 2) ¿De qué huye el paciente? 3) ¿Cómo huye el paciente? Las dos primeras preguntas pueden considerarse juntas el motivo de la resistencia. La cuestión de cómo se refiere al modo o los medios de la resistencia. Las respuestas a estas preguntas serán la aclaración de la resistencia.

La cuestión de por qué resiste el paciente puede reducirse a la de qué afecto doloroso está tratando de evitar. La respuesta a esta cuestión suele estar más cerca de la conciencia que la respuesta a la cuestión de cuáles impulsos instintuales prohibidos o cuáles recuerdos traumáticos contribuyen al afecto doloroso. El motivo inmediato de la defensa y la resistencia es evitar el dolor, o sea los afectos dolorosos. El paciente resistente trata de soslayar alguna emoción dolorosa, como angustia, sentimiento de culpabilidad, vergüenza o depresión, o alguna combinación de ellas. A veces, a pesar de la resistencia, el afecto doloroso es patente por la actitud y las reacciones no verbales del paciente. El analista puede ayudar a aclarar la situación al paciente diciendo: "parece usted asustado, o triste, o avergonzado, o furioso, etc."

Así como tratamos de esclarecer el afecto que causa la resistencia, trataremos de aclarar el impulso prohibido (impulsos que pueden ser pregenitales como sádico-orales, sádico-anales, o fálico-edípicos como la exhibicionismo, curiosidad sexual, deseos incestuosos, miedo a la castración) que causa el afecto.

Después de aclarar el afecto doloroso o el impulso prohibido que motiva una resistencia, podría ser necesaria esclarecer el modo de una resistencia, el cómo se resiste el paciente. Antes de que podamos

explorar la historia inconsciente de los medios que el paciente emplea para resistir tenemos que estar seguros de que el objeto de la discusión está perfectamente definido para el paciente y el material extraño y ambiguo se ha separado analizando.

VII.5.5. La interpretación de la resistencia

Cuando la resistencia es ya demostrable y clara, estamos listos para interpretar los determinantes inconscientes. Significa esto que tratamos de descubrir los impulsos instintuales ocultos, las fantasías o los recuerdos responsables de la resistencia. Es costumbre designar con el nombre de “**contenido**” los impulsos inconscientes reprimidos o fantasías o recuerdos abandonados que determinan un hecho psíquico dado. El contenido manifiesto de los sueños de angustia muestra, en general, el temor de descubrir algunos impulsos inconscientes prohibidos.

Al finalizar el motivo de una resistencia intentaremos explorar el contenido causante del afecto doloroso que ocasionó la resistencia (por ejemplo la resistencia de hablar del sexo puede tener motivos, modos e impulsos inconscientes diferentes para cada persona).

A veces, el contenido puede revelarse en la sesión antes de que estemos al tanto del afecto. Nuestra tarea consiste entonces en proseguir el contenido de la resistencia que, si tenemos éxito, iluminará el afecto. Empezamos con el material que tenemos a mano y de ahí pasamos a buscar lo que falta: procedemos de lo conocido a lo desconocido.

Al descubrir el afecto o hecho específico que desencadenó la resistencia, uno va de la resistencia a la historia de este acontecimiento, afecto o fantaseo particulares en la vida del paciente. Porque las resistencias que se producen en el análisis son una repetición de los hechos que ocurrieron antes en la vida del paciente.

La causa más frecuente de la resistencia es la situación de transferencia, las reacciones de transferencia que estudiaremos en el capítulo siguiente.

A veces, al tratar de analizar una resistencia, no es el rumbo de exploración más prometedor el afecto, el impulso ni el suceso causativo (sea el motivo). Puede ser que el modo de resistencia, el método o los medios de resistencia, ofrezcan el camino más fructífero para la investigación. Tal puede ser el caso si el modo de resistencia se repite

con frecuencia, quizás nos hallamos con un rasgo de carácter. Si el modo de resistencia es extraño y “no corresponde al carácter” del paciente, suele ser un **acto sintomático** y por lo general más fácilmente accesible al Yo razonable del paciente.

Para analizar el modo de resistencia, ante todo tenemos que lograr que el paciente reconozca que determinado tipo de comportamiento es una resistencia. Esto puede ser sencillo o muy difícil, según sea la actividad egosintónica o ajena al Yo. Cuanto más coherente, adaptativa y feliz parece una actividad al paciente, más difícil será persuadirle de que esa actividad es una resistencia (como las actitudes que una sociedad considera como ideal del Yo, limpieza, rituales, etc.).

La situación es más difícil cuando los factores de la realidad se mezclan con las resistencias inconscientes del paciente. Podemos dar como ejemplo, una persona que fue atracada dos veces en una ciudad grande y ya no quiere salir de su casa los fines de semana, o que tiene miedo continuo de que le roban su casa (efectivamente robaron los apartamentos de dos personas conocidas suyas). De todos modos, siempre que los factores de la realidad componen una resistencia, hay que reconocer debidamente esos factores. Si no se hace así, el paciente se aferrará tanto más tercamente al elemento de realidad de la resistencia y pasará el tiempo tratando de convencer al analista de la lógica de su argumentación.

Una vez ha reconocido el paciente su comportamiento como resistencia, nuestra siguiente tarea es la aclaración o clarificación. Buscamos entonces la pauta de comportamiento fuera del análisis y a continuación perseguimos la historia y el objetivo de esa actividad. ¿Qué ocurrió en la vida del paciente que le hizo adoptar ese modo de resistencia?

Hay personas “intelectuales” o “científicas” que no quieren involucrarse emocionalmente en la terapia considerando las emociones como debilidad o pérdida de control. A veces, la persona no quiere cambiar en lo esencial y quiere seguir emocionalmente inmovible. Sin embargo, con paciencia y tiempo pueden ocurrir los cambios.

Si recapitulamos los procedimientos generales en el análisis de la resistencia podremos delinearlos del modo siguiente:

1- Reconocer la resistencia.

2- Señalar la resistencia al paciente (confrontación).

a) Hacer que la resistencia se vuelva demostrable esperando que se den varios casos.

b) Intervenir de modo que se incremente la resistencia; contribuir a que se haga demostrable.

3- Aclarar los motivos y modos de la resistencia.

a) ¿Qué afecto doloroso específico hace resistente al paciente?

b) ¿Qué impulso instintual concreto ocasiona el afecto doloroso en este momento?

c) ¿Qué método y modo emplea exactamente el paciente para manifestar su resistencia?

4- Interpretar la resistencia.

a) ¿Qué fantasías o recuerdos ocasionan los afectos e impulsos en que se sustenta la resistencia?

b) Perseguir la historia y los fines inconscientes de estos afectos, impulsos o acontecimientos dentro y fuera del análisis, y en el pasado.

5- Interpretar el modo de resistencia.

a) Perseguir éste y otros modos de actividad semejantes dentro y fuera del análisis.

b) Trazar la historia y los fines inconscientes de esta actividad en el presente y el pasado del paciente.

6- Translaboración o elaboración.

Repeticiones y elaboraciones de los pasos 4a y 4b, y 5a y 5b.

Importa comprender que sólo un pequeño fragmento de esta labor puede realizarse en una sesión dada, no hay que traumatizar al paciente, no interpretar las resistencias prematuramente. El paciente debe tener la oportunidad de sentir las resistencias, de convencerse de su fuerza y su tenacidad.

Los pasos y el orden que siguen varían según la sesión o el paciente. Uno puede seguir sólo el camino que parece más prometedor en la exploración en un momento dado. Hay que estar siempre atento y dispuesto a cambiar de enfoque, o a seguir con él si parece adecuado.

Debe haber una alianza de trabajo presente o evocable antes de embarcarse en el análisis profundo de la resistencia. Es condición *sine qua non* de la interpretación.

Finalmente, conviene comprender que por muy diestra y acertadamente que labore uno con las resistencias, éstas retornarán. La resistencia se hallará, además, a cada paso, en cada aspecto, en cada sesión del análisis, hasta que éste termine. Es necesaria la translaboración para

que una resistencia dada pierda su patogénesis. El análisis de resistencias no es un rodeo sino una parte vital y necesaria de todo análisis.

VII.5.6. Los problemas especiales en el análisis de resistencias

Para analizar las resistencias de las **primeras sesiones** hay que considerar los puntos siguientes:

1. Debe decirse al paciente que la resistencia es una actividad suya, consciente, preconsciente o inconsciente. No es algo que le suceda al paciente pasivamente, aunque él quizá lo sienta así. Es bueno educarlos en este punto para que no se sientan resignados o perdidos.
2. Debe decirse al paciente en un momento apropiado que el descubrimiento y el análisis de la resistencia son partes importantes, notorias y respetables de la terapia analítica. La resistencia no es un error, una falta ni una debilidad del paciente. No tiene que sentirse criticado ni rechazado por tener resistencias. Estos tipos de explicaciones oportunas ayudan a la formación de la alianza de trabajo, y facilita la participación activa del paciente en su análisis.

Mejor evitar en las primeras sesiones la utilización del término resistencia, que es un tecnicismo. Se puede señalar con frases como “está usted evitando, rehuyendo, esquivando, ocultándose, etc.”

3. En las primeras sesiones, cuando sea necesario, se pueden preguntar al paciente cómo se sentía mientras iba describiendo algún acontecimiento. Esto se hace para acostumbrarlo a introducir sus emociones y sus reacciones físicas en sus asociaciones. De modo semejante, se le puede preguntar qué se imaginaba mientras estaba en marcha cierta actividad, para que vaya adquiriendo conciencia de la importancia que tiene la vida de su fantasía.

La **resistencia a la resistencia** se manifiesta cuando el paciente dice trivialidades porque le da vergüenza estar callado, y revelar que no tiene nada que decir. Tenemos entonces dos evitaciones en la obra: huye de algo que le hace callar y disimula el silencio diciendo trivialidades.

El empleo de trivialidades por el paciente es la resistencia más superficial y debemos tratarla primero. Nuestra primera tarea será entonces cerciorarnos de que el paciente se avergüenza de estar callado. Solamente después de esto podemos proceder al análisis de las razones que hay para el silencio subyacente. Una de las causas típicas de este género de resistencia es el deseo del paciente de ser un “buen

paciente”, o sea favorito. Otros pacientes se avergüenzan de estar enojados o temer enojarse o ser sexuales, etc. y tratan de disimular el silencio que podría indicar las emociones subyacentes.

Otra causa frecuente de resistencia a la resistencia es la reacción a un *insight* nuevo y doloroso. El paciente tal vez trate de encubrir su enojo o su angustia con el analista ante un nuevo descubrimiento buscando ansiosamente pruebas confirmatorias para acallar interpretaciones ulteriores.

De manera general, los pacientes ocultan sus resistencias por dos razones principales:

1) Porque los avergüenza o asusta la revelación de un estado de resistencia. Resistencia significa defecto y tendrá por consecuencia castigo o pérdida de amor.

2) Porque temen el descubrimiento de una situación causa de resistencia... por lo general para evitar un material que les puede producir una reacción hostil de transferencia. Son pacientes que temen enojarse y con frecuencia tratan de ocultar su enojo con lo contrario; lisonja y docilidad.

A veces, ocurre que un paciente trate conscientemente de ocultar al analista cierto material. En la mayoría de los casos, esta ocultación consciente y deliberada es pasajera y suele superarla el paciente mismo que entonces confiesa su **secreto**. Pero hay pacientes que mantienen su secreto durante largos períodos de tiempo y no pueden superar esa resistencia consciente sin nuestra ayuda.

El secreto, por su misma naturaleza secreta, es un hecho psíquico significativo y tiene que ser analizado. La menor concesión de secreto, por cualquier razón que sea, es incompatible con la situación analítica. Un secreto permisible significa el fin de todo análisis eficaz.

Pero también es importante comprender que es un error recurrir a la coerción, las amenazas o los ruegos para que el paciente cuente su secreto. Podremos comprender que el paciente tiene un secreto consciente, pero sabemos que son los factores inconscientes los que hemos de analizar antes de que el paciente pueda revelar su secreto. El paciente conoce el contenido del secreto, pero no tiene conciencia de las importantes razones que hacen necesario mantenerlo callado. Nuestro método será averiguar el motivo del secreto.

Si un paciente me dice que hay algo que no puede comunicarme y que no me comunicará. Mi respuesta es ésta: “No me diga cuál es su secreto pero dígame por qué no puede hablarme de él”. Es decir: busco el motivo, y no el contenido del secreto, preguntaría al paciente qué sentiría si me lo hubiera contado. Y proseguiría preguntándole: “¿Cómo

¿cree usted que reaccionaría yo si me lo revelara?” Es decir, rastrearía las fantasías y los afectos dolorosos que el material secreto suscita en el paciente, incluso la fantasía de transferencia dolorosa. A continuación investigaría la historia de esa situación dolorosa de transferencia en su vida pasada, o sea si eso ya le había sucedido antes. Cuando uno ha analizado el motivo del secreto, junto con las fantasías de transferencia y los afectos dolorosos, el paciente suele estar en condiciones de confesar el secreto. El secreto es algo muy íntimo e importante para el paciente, por muy trivial que pueda parecer cuando se expone a la luz del día. La información ha de tratarse con todo respeto y delicadeza, pero hay que seguir analizándola.

Después de descubrir un secreto podemos explorar la reacción del paciente e investigar el contenido de esto. Analizar un secreto es una tarea muy difícil pero muy provechosa para el análisis. En general, los secretos están relacionados con las secreciones. Siempre contienen algún matiz anal o uretral, y se consideran vergonzosos y repugnantes, o lo contrario, es decir algo muy valioso, que se debe atesorar y proteger.

VII.6. REGLAS DE LA TÉCNICA RELATIVAS A LA RESISTENCIA

Podemos asentar ciertos procedimientos generales que sirvan de guía en la determinación de nuestro procedimiento técnico. Recordemos al mismo tiempo que todas las reglas han de aplicarse con flexibilidad, según el paciente, el analista y la situación, sin olvidar los fines que uno trata de lograr.

1. Analizar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello, y empezar por la superficie. No tiene caso descubrir lo reprimido (hacer consciente lo inconsciente) para que se halle con las mismas fuerzas defensivas que ya lo reprimieron antes. Primero debe producirse un cambio en la entidad resistente. Los diversos procedimientos para el análisis de las resistencias apuntan a producir alteraciones favorables en las fuerzas resistentes.

Nuestro último objetivo es permitir que el Yo se arregle mejor con el Ello, el Superyó y el mundo exterior. Entonces, las intervenciones del analista deben tender a hacer que el Yo razonable del paciente se las arregle mejor con las antiguas situaciones de peligro. La elaboración con el Yo observador del paciente y la demostración de cuán poco razonables son las operaciones del Yo que siente y experimenta (el Yo inconsciente, irracional que inventó y utiliza los diferentes mecanismos de defensas patogénicos) posibilitan que el Yo razonable ensanche su soberanía.

Para que una interpretación o confrontación sea eficaz tenemos que estar seguros de que el paciente puede percibir, entender, captar la interpretación o confrontación. Por eso debemos asegurarnos de que el

paciente tiene a su disposición un Yo razonable. Analizamos primero las resistencias, porque ellas se opondrían a la formación de un Yo razonable. El trabajo con el contenido puede ser más interesante, más chispeante; el trabajo con las resistencias es más lento y pesado. Pero si no se analizan las resistencias del Yo, la labor analítica acabará por estancarse. El paciente terminará, regresará destructivamente, o el análisis se convierte en un juego intelectual o una satisfacción oculta de la transferencia.

Analizar la resistencia antes que el contenido no debe entenderse como que significa analizar la resistencia sola o abordarla primero y olvidar el contenido por completo mientras no se resuelva la resistencia. El análisis de toda resistencia nos lleva a su historia, que es contenido. La regla técnica fundamental significa que la interpretación del contenido no será efectivo sino cuando las resistencias significantes hayan sido debidamente analizadas.

Empezar desde superficie significa que empezamos nuestras interpretaciones con lo que es accesible al Yo razonable, consciente del paciente.

2. El paciente determina el tema de la sesión. No imponemos nuestros intereses ni nuestros cuidados teóricos al paciente. El método de la asociación libre se basa en nuestro deseo de dejar que el paciente escoja el tema de la sesión. Las asociaciones del paciente nos revelan lo que le preocupa, lo que trata de salir a la conciencia, lo que le importa en ese momento, o también lo que está tratando de evitar.

El paciente escoge el material de la sesión para empezar, pero de ese material nosotros seleccionamos lo que creemos debe ser su verdadera preocupación. Por ejemplo, el paciente nos habla de sus placeres sexuales, pero nosotros seleccionamos su turbación al hablar del acto sexual.

3. Excepciones a las reglas. Las **resistencias pequeñas y temporales** pueden manejarse sencillamente callando y dejando que el paciente venza su propia resistencia. O bien puede uno hacer alguna observación facilitadora, como por ejemplo, si el paciente calla o vacila, decir “¿Sí?” o “¿Cómo?”, y entonces el paciente se pone a hablar. No tiene uno necesariamente que volver atrás y analizar el significado, el fin o el contenido de todas las resistencias. Además, al paciente debe permitírsele intervenir activamente en la superación de las resistencias.

A veces se presentan en el análisis situaciones en que hay **pérdida de la resistencia por disminución de las funciones del yo**. Entonces

nuestra tarea consiste en permitir y aun favorecer la formación de cierto grado de resistencia. Esto puede ocurrir en la labor analítica con casos psicóticos o límites, pero también en pacientes neuróticos en el clímax de la revivencia de su neurosis infantil. Las intervenciones necesarias en tales situaciones bien pudieran ser antianalíticas, pero la situación entonces no requiere *insight* sino medidas de emergencia.

En todos los análisis que logran penetrar hasta el fondo de las neurosis infantiles se producen tormentas emocionales. En el colmo de la efusión emocional hay una pérdida, en mayor o menor grado de las funciones yoicas, según la intensidad y la índole del afecto desbordado. Si el caso se produce al comienzo de la sesión, la paciencia y el silencio de apoyo bastarán a dar al paciente bastante oportunidad de descargar su emoción acumulada. A medida que se reducen el pánico, la rabia o la depresión, se puede notar el retorno de una parte del Yo razonable y volver a intentar la labor analítica. Pero si la tormenta emocional no cede o si estalla hacia el final de la sesión, resulta necesario intervenir. Aunque lo ideal sería que el paciente descargara a cabalidad sus sentimientos, por razones de conveniencia es necesario interponerse. Sería peligroso dejar que un paciente se marchara en la culminación de una tormenta emocional y sin un Yo razonable suficiente.

Supongamos que el paciente se debate en la agonía de una intensa reacción dolorosa, solloza violentamente y la sesión se acaba. Se señala con pesar que el tiempo se acabó, pero que toma unos cuantos minutos hasta que se sienta más compuesto. Así, el paciente tiene una oportunidad de decir algo si desea y de todos modos se le da la oportunidad de ver que el terapeuta no está angustiado, trastornado ni impaciente. Finalmente, es importante que el terapeuta haga ver que no le espanta la erupción de las emociones y se presente como modelo con quien identificarse.

En casos extremos, hay que asegurar al paciente que nada de peligroso ocurrirá en presencia del terapeuta.

Al terminar el tema de la técnica del análisis de las resistencias, repetimos que las resistencias más importantes son de la transferencia que estudiaremos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO VIII.

TRANSFERENCIAS

El análisis de las resistencias y de las transferencias del paciente es lo fundamental de la terapia analítica. Las reacciones de transferencia ofrecen al analista una ocasión inestimable de explorar el pasado inaccesible y el inconsciente. Las reacciones de transferencia se producen en todos los pacientes que reciben psicoterapia (o mejor cualquier terapia). Las terapias psicoanalíticas se distinguen de todas las demás terapias por el modo de fomentar la formación de las reacciones de transferencia y por su sistemático intento de analizar los fenómenos de transferencia.

VIII.1. DEFINICIÓN

La transferencia es un género especial de relación con respecto a una persona. Lo que la distingue principalmente es tener hacia una persona sentimientos que no le corresponden y que en realidad se aplican a otra. Fundamentalmente, se reacciona ante una persona presente como si fuera una del pasado. Es un anacronismo, un error cronológico. Se ha producido un desplazamiento; los impulsos, los sentimientos y las defensas correspondientes a una persona del pasado (o personajes importantes y significativos de la primera infancia) se han trasladado a otra del presente. Es primordialmente un fenómeno inconsciente, y la persona que reacciona con sentimientos de transferencia por lo general no se da cuenta de esa distorsión.

La transferencia puede constar de algunos de los componentes de una relación de objeto, es decir, puede apreciarse en forma de sentimientos, pulsiones, deseos, temores, fantasías, actitudes e ideas o defensas contra ellos. La transferencia se produce en análisis, en las personas neuróticas, psicóticas y en las "normales". En todas las relaciones humanas hay una mezcla de relaciones realistas y de transferencia.

Las reacciones de transferencia siempre son inapropiadas. Pueden serlo por lo que respecta a la calidad, cantidad o duración de la reacción. Se puede reaccionar demasiado intensamente o demasiado débilmente, o se puede tener una reacción extraña al objeto transferencial.

Se ha entendido de muchos modos la repetición de una relación de objeto del pasado en las reacciones de transferencia: la frustración y la inhibición de los instintos hacen que el neurótico busque ocasiones tardías de satisfacción; o como un medio de esquivar los recuerdos, una defensa contra el recuerdo; o como una manifestación de la compulsión de repetir.

La repetición a veces es una duplicación exacta del pasado, una réplica, una revivencia, o tal vez sea una reedición, una versión modificada, una representación deformada del pasado. La deformación puede resultar de las fantasías del pasado porque con mucha frecuencia se siente como que las fantasías de la infancia sucedieron realmente.

Los objetos que fueron las fuentes originales de la reacción de transferencia son las personas importantes en los primeros años de un niño. Suelen ser los padres y otros educadores, los dispensadores de amor, comodidad y castigo, los hermanos y hermanas y otros rivales. Pero las reacciones de transferencia pueden derivarse de figuras posteriores y también de la actualidad, pero en general son secundarios. Finalmente, debe añadirse que algunas partes de la persona pueden desplazarse hacia otras, o sea pueden producirse una **proyección**.

Es probable que las reacciones de transferencia se produzcan más adelante en la vida con personas que desempeñan una función especial, originalmente a cargo de los padres o hermanos. Y así los amantes, los esposos, los jefes, los colegas, las autoridades, los médicos, los maestros, los actores, y los personajes célebres pueden en particular activar reacciones de transferencia. Además, las reacciones de transferencia pueden darse también con animales, objetos inanimados e instituciones, pero aquí también el análisis demostrará que se derivan de las personas importantes de la primera infancia.

Las reacciones de transferencia son esencialmente inconscientes, aunque algún aspecto de la reacción pueda ser consciente. La persona que siente una reacción de transferencia puede tener conocimiento de que está reaccionando excesiva o extrañamente, pero no de su verdadero significado. Puede incluso tener conocimiento intelectual del origen de la reacción, pero sin conciencia de algún componente o fin emocional o instintual importante.

Todas las personas tienen reacciones de transferencia; la situación analítica no hace más que facilitar su formación y las utiliza para interpretar y reconstituir. Los neuróticos son particularmente propensos a las reacciones de transferencia, como lo son en general las personas frustradas e infelices. El analista es un objetivo primordial para las reacciones de transferencia, pero también lo son todas las personas que tienen importancia en la vida de un individuo.

El paciente necesariamente adjudica conscientemente al terapeuta un saber, cree que él sabe lo que le pasa. En consecuencia le adjudica un

poder, un poder casi mágica que le curará rápidamente, y le hará feliz. Todo esto, y factores más primitivos de la primera infancia facilitan la transferencia.

VIII.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Estudiaremos algunas características de las reacciones del paciente que indican una reacción de transferencia.

VIII.2.1. La impropiedad

No se puede considerar impropio el enojo de un paciente si el terapeuta responde al teléfono durante la sesión. Su reacción parece realista, acorde con las circunstancias y propia de un nivel maduro de funcionamiento. Pero si el paciente se pone furioso y no sólo enojado, o si se queda totalmente indiferente, la intensidad de la reacción sería impropia y nos indicaría que probablemente nos encontremos ante una repetición o una reacción de la infancia. Otro tanto sucedería si su enojo durase horas o si reaccionara a la interrupción con una carcajada.

VIII.2.2. La intensidad

En general, las reacciones emocionales intensas al analista denotan transferencia. Así sucede con diversas formas de amor, y también de odio y miedo. Conviene reconocer aquí también que un paciente podría tener razón de reaccionar con gran intensidad si el comportamiento del terapeuta y la situación analítica lo justifican. Por ejemplo: el analista se duerme oyendo a su paciente. El paciente se da cuenta y al fin consigue despertarlo llamándolo. El paciente se pone furioso porque el analista no reconoce su error y en lugar de aceptarlo interpreta que el paciente inconscientemente quiso dormirlo mostrándose aburrido.

La ausencia de reacciones para con analista es un indicio no menor de transferencia. Tal vez el paciente tenga reacciones pero las esté refrenando por sentirse desconcertado o asustado. Es ésta una manifestación evidente de **resistencia de transferencia**. A veces es necesario analizar repetidamente el miedo a reaccionar con emoción ante el analista para que el paciente se anime a permitirse algunas reacciones espontáneas. De otra parte, hay pacientes que reaccionan

levemente en la sesión analítica y tienen reacciones emocionales intensas no explicadas para con otras personas fuera de la sesión como un **desplazamiento de una reacción de transferencia**.

Puede suceder que un paciente no se interese mucho en su analista durante un breve período de tiempo porque en su vida estén sucediendo acontecimientos importantes fuera del análisis. Pero la ausencia prolongada de sentimientos, pensamientos o fantasías acerca del analista es un fenómeno de transferencia, una resistencia de transferencia. El analista es una persona demasiado importante en la vida del analizando para estar ausente de sus pensamientos y sentimientos por algún período considerable de tiempo. Si el analista verdaderamente no es importante, entonces el paciente no está "en análisis". Tal vez el paciente esté pasando por el análisis para agradar a alguien o por alguna otra razón que no sea la de seguir un tratamiento.

Puede también ocurrir que alguna otra persona en la vida del paciente absorba las emociones intensas de éste o que la ausencia de sentimientos intensos por el analista se deba más que nada a una resistencia de transferencia. Esto puede ocurrir, por ejemplo, si el paciente se enamora o entra en conflicto importante con una persona diferente del terapeuta. De todos modos, estas ocurrencias deben ser analizadas. De otra parte, debemos decir al paciente que sería mejor no hacer cambios de importancia en su vida sin antes analizar suficientemente el cambio pensado.

VIII.2.3. La ambivalencia

Todas las reacciones de transferencia se caracterizan por la ambivalencia, la coexistencia de sentimientos contrapuestos. Se acostumbra en psicoanálisis entender que en la ambivalencia uno de los aspectos del sentimiento es inconsciente. No hay amor por el analista sin odio oculto en alguna parte. La ambivalencia puede descubrirse fácilmente cuando sus sentimientos son caprichosos y cambian inesperadamente. A veces el paciente maneja su ambivalencia con el terapeuta desplazando uno de los componentes a otra persona.

También pueden existir reacciones **preambivalentes** en la transferencia de los pacientes en regresión. La figura del analista se escinde (disociación) en un objeto bueno y uno malo, cada uno de los cuales vive una existencia separada en la mente del paciente. El analista puede sentirse como el salvador, y otra persona como perseguidora.

VIII.2.4. Los caprichos

Otra propiedad notable de las reacciones de transferencia es su mutabilidad. Los sentimientos de transferencia suelen ser inconstantes, erráticos y caprichosos, sobre todo en el principio del análisis, especialmente en los histéricos y fronterizos.

VIII.2.5. La tenacidad

Es fácil que las reacciones esporádicas se produzcan sobre todo al principio del análisis, pero las reacciones prolongadas y rígidas suelen aparecer en las fases ulteriores. Los pacientes adoptan hacia el analista un surtido crónico de sentimientos y actitudes que no ceden fácilmente a la interpretación. Estas tenaces reacciones requieren un largo período de análisis, a veces años. El paciente se aferra a su posición fija porque los sentimientos que entraña son sobredeterminados y satisfacen importantes necesidades instintuales y defensivas.

Dentro de las cinco características de la reacción de transferencia, la impropiedad es el rasgo lo más sobresaliente. Es la impropiedad, en términos de intensidad, ambivalencia, capricho o tenacidad, la que advierte que está operando una transferencia. Esto es así no sólo cuando se producen esas reacciones hacia el analista sino también cuando aparecen en relación con otras personas. Las reacciones que no corresponden al carácter o al lugar son fenómenos de transferencia.

VIII.3. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

VIII.3.1. El origen y la índole de las reacciones de transferencia

Cada conflicto del paciente ha de ventilarse en la situación de transferencia. Esto es de capital importancia en el análisis, porque posibilita que el paciente luche en el presente con sus conflictos no resueltos acerca de importantes relaciones de objeto de su pasado. No puede derribarse al enemigo *in absentia* ni en efigie. Es necesario resolver esos problemas en la situación de transferencia en marcha que se produce durante el análisis.

Según S. Freud, algunas reacciones de la infancia **se repiten** en la transferencia no porque haya esperanza de placer sino debido a una **compulsión de repetir** aún más primitiva que el principio del

placer y que pasa por encima de éste. Según también S. Freud, la compulsión de repetir es una manifestación del instinto de muerte. Así, podemos considerar las reacciones de transferencia como manifestaciones tanto del instinto libidinal (Eros) como del instinto de muerte (Tánatos).

El tratamiento analítico no crea reacciones de transferencia, tan sólo las saca a la luz al facilitar su desarrollo. Los fenómenos de transferencia en los neuróticos son una clase especializada de relación con otra persona.

La matriz de la reacción de transferencia es la unión primitiva entre madre e hijo. El hombre no es capaz de resistir muy bien la soledad durante un período de tiempo considerable. La situación analítica moviliza dos series antitéticas de reacciones. El aislamiento sensorial del paciente en el diván suscita el sentimiento de soledad y frustración y el ansia de relaciones de objeto. Por otra parte, la elevada frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento y la dedicación a las necesidades del paciente despiertan recuerdos de la primera intimidad entre madre e hijo.

El **desplazamiento** se refiere al traslado de sentimientos, fantasías, etc. de un objeto o una representación de objeto del pasado a un objeto o una representación de objeto del presente. **La proyección y la introyección** pueden producirse como reacción de transferencia durante el análisis, pero se producen además del desplazamiento. Cuando una persona se proyecta, está lanzando algo de dentro de su representación de sí misma a otra persona. La introyección es la incorporación de parte de un objeto externo a la representación de sí mismo.

Dijimos que la transferencia es volver a vivir el pasado reprimido, arrinconado. El carácter repetitivo y la rigidez de las reacciones de transferencia, en contraste con relaciones de objeto más realistas, arranca del hecho de que los impulsos del Ello que buscan su descarga en el comportamiento de transferencia se encuentran con la oposición de una u otra fuerza contraria del Yo inconsciente. Las satisfacciones de transferencia nunca son enteramente satisfactorias porque sólo son substitutos de la satisfacción verdadera, derivados regresivos y formación de transacción, son el producto de una constante contradicción. Sólo si la contradicción, la defensa, se resuelve puede producirse una descarga adecuada.

La frustración de los instintos y la búsqueda de satisfacción son los motivos básicos de los fenómenos de transferencia. Las personas satisfechas tienen muchas menos reacciones de transferencia. Las personas satisfechas pueden modular su comportamiento de acuerdo con las oportunidades y necesidades del mundo exterior. El neurótico que padece una serie de conflictos neuróticos no resueltos se halla en un

estado constante de insatisfacción instintual y por consiguiente de disposición para la transferencia.

Los impulsos arrinconados que no llegan a la descarga directa buscan vías regresivas y desfiguradas en sus intentos de lograr acceso a la conciencia y la motilidad. El comportamiento de transferencia es un ejemplo del **retorno de lo reprimido**. La persona del analista se convierte en el objetivo principal de los impulsos represados porque el paciente se sirve de ella como de una oportunidad de manifestar sus impulsos frustrados en lugar de hacer frente a los objetos originales. La transferencia es una resistencia en ese sentido, pero es un rodeo necesario en el camino hacia el *insight* y el recuerdo. El comportamiento no intrusivo y no satisfactorio del analista hace demostrable las reacciones de transferencia del paciente.

La repetición de un acontecimiento psíquico puede también ser un medio de **lograr el dominio tardío** sobre él. La repetición activa de una experiencia traumática es un caso de ese tipo. El Yo infantil aprende a sobreponerse al sentimiento de desvalimiento repitiendo activamente la situación que otrora provocara la primera sensación de pánico. Los juegos, sueños y pensamientos relativos al hecho doloroso posibilitan la descarga de parte de la excesiva excitación que ha invadido el Yo. El Yo que era pasivo en la situación traumática original reproduce activamente el acontecimiento en el momento que escoge, en circunstancias favorables, y así aprende poco a poco a acomodarse a ella.

La repetición puede presentarse como una actividad contrafóbica, es decir que la repetición es un intento de negar que todavía persista la angustia. Por ejemplo, la actividad sexual excesiva puede significar que la persona en cuestión está tratando de persuadirse de que ya no tiene miedo ni angustia. Porque el Yo inconsciente impide la cabal descarga instintual y la actividad ha de ejecutarse una y otra vez.

La situación analítica ofrece al paciente neurótico la oportunidad de repetir, por medio de la **regresión**, todas las fases anteriores de sus relaciones de objeto. Los fenómenos de transferencia son tan valiosos porque iluminan, además de las relaciones de objeto, las fases del desarrollo de las diferentes estructuras psíquicas. En el comportamiento y los fantasías de transferencia se pueden observar formas primitivas de funcionamiento del Yo, el Ello y el Superyó. Los fenómenos de regresión y progresión son temporales y circunscritos, no generalizados. Los grados de las regresiones de impulsos del Ello, de las funciones del Yo o del Superyó pueden ser totalmente diferentes.

En función de las relaciones de objeto, la situación de transferencia da al paciente la oportunidad de volver a sentir todas las variedades y mezclas de amor y odio, edípicos y preedípicos. Los sentimientos ambivalentes y preambivalentes para con los objetos salen a la superficie. Podemos ver transiciones entre la impotencia abominable con

el anhelo de intimidad simbiótica y el terco desafío. La dependencia alterna con el rencor y la rebelión. En general, la índole regresiva de las relaciones de transferencia se manifiesta en su impropiedad, su ambivalencia y la preponderancia relativa de los ímpetus agresivos. Cuanto más regresiva se hace la transferencia, tanto mayor será la preponderancia de los ímpetus hostiles, agresivos.

Los fenómenos de regresión de las funciones del Yo que se produce en las reacciones de transferencia inducen la pérdida temporal de la función discriminadora y de juicio de realidad del Yo. Se advierte la presencia de mecanismos mentales primitivos como la proyección, la introyección, la disociación y las negaciones. La tendencia a poner en acción (*acting out*) reacciones de transferencia indica una pérdida del equilibrio entre impulsos y control. La creciente tendencia a las reacciones de somatización como manifestación de transferencia demuestra también una regresión en las funciones del Yo. La externalización de partes del individuo, Yo, Ello y Superyó, es otra señal de regresión.

Los rasgos regresivos de la transferencia influyen también en el Superyó. Al principio suelen prevalecer las reacciones de vergüenza. Cuanto más regresiona el paciente, más probable que sienta en el analista actitudes hostiles, sádicas y críticas hacia él. Esto se debe al desplazamiento respecto de objetos pasados, completado por la proyección de la propia hostilidad del paciente sobre el analista.

La transferencia y la **resistencia** están relacionadas de muchos modos. Ya hemos dicho que, en cierto sentido, todos los fenómenos de transferencia tenían un valor de resistencia. De otra parte, las reacciones de transferencia proporcionan los puentes más importantes para llegar al pasado inaccesible del paciente.

Ciertas variedades de reacciones de transferencia ocasionan resistencia (**resistencia de transferencia**) porque contienen impulsos libidinales y agresivos dolorosos y atemorizantes. Las respuestas de transferencias sexuales y hostiles suelen ser las más propensas a originar resistencias importantes. Con mucha frecuencia aparecen juntos los componentes eróticos y agresivos. Por ejemplo, un(a) paciente puede tener sentimientos sexuales para con su analista y después ponerse furioso por su falta de reciprocidad, que siente como rechazo. O bien el paciente es inapto para colaborar en la situación analítica por el temor a la humillación de descubrir sus fantasías infantiles o primitivas. Hay pacientes que se empeñan en mantener una fachada de cooperación objetiva con el analista con el fin de ocultar sus fantasías irracionales, o las desplaza a otros para no sentir su ambivalencia respecto del analista. Se pasa más tiempo analizando resistencias de transferencia que en cualquier otro aspecto de la labor terapéutica.

VIII.3.2. La neurosis de transferencia

Clínicamente, la formación de la neurosis de transferencia se indica por un incremento en la intensidad y duración de la preocupación que el paciente tiene por la persona del analista y los procesos y procedimientos analíticos. El analista y el análisis se convierten en el interés principal en la vida del paciente. No sólo giran los síntomas y las necesidades instintuales del paciente en torno al analista sino que todos los antiguos conflictos neuróticos se remobilizan y concentran en la situación analítica. El paciente siente este interés como alguna forma o mezcla de amor y odio, así como de defensas contra esas emociones. Si predominan las defensas aparece en el primer plano alguna forma de angustia o sentimientos de culpabilidad. Estas reacciones pueden ser intensas, explosivas, sutiles o crónicas. En todo caso, una vez instaurada la neurosis de transferencia, esas constelaciones de sentimientos se hallan en todas partes.

En la neurosis de transferencia, el paciente repite con su analista sus neurosis pasadas. Con el manejo y la interpretación debidos esperamos ayudar al paciente a revivir y finalmente recordar o reconstruir su **neurosis infantil** (que todos los niños lo tuvieron de un grado u otro). El concepto de neurosis de transferencia comprende más que la neurosis infantil porque el paciente vuelve a vivir también las últimas ediciones y variaciones de su neurosis infantil.

Algunos aspectos de neurosis de transferencia pueden desplazarse a una figura de la vida exterior del paciente, que entonces parece hacer de figura suplementaria de transferencia.

La contratransferencia del analista, a veces, puede oponerse al pleno desarrollo de las reacciones de transferencia del paciente. Por ejemplo, la cordialidad indebida por parte del analista puede impedir que se desarrolle cabalmente la transferencia hostil. Todas las intrusiones de las características y los valores personales del analista son factores que pueden limitar la extensión de la neurosis de transferencia del paciente.

En la terapia psicoanalítica, al lado de reacciones de transferencia, se producen también una alianza de trabajo y una relación real.

VIII.4. ALIANZA DE TRABAJO

Ya hemos tratado de este tema en las secciones II.5, III.6, IV.1.3 y IV.2.3. En esta sección recordaremos algunos aspectos importantes y suplementaremos en otros aspectos.

Sólo un neurótico relativamente sano puede ser analizado sin modificaciones ni desviaciones importantes. La alianza de trabajo (o alianza terapéutica) es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica.

Las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del análisis y su capacidad de trabajar analíticamente con los *insights* a veces dolorosos y regresivos que provoca. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista. El hecho significativo que ocurre es una identificación parcial y temporal del paciente con la actitud y el modo de trabajar del analista que el paciente percibe directamente en las sesiones analíticas regulares.

El paciente, el analista y el encuadre analítico contribuyen a la formación de esta alianza de trabajo. La conciencia del padecimiento neurótico y de la posibilidad de que el analista le ayude mueve al paciente a buscar la situación analítica y a trabajar en ella. El analista lleva a la alianza de trabajo su constante interés en el entendimiento y *el insight*, y sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no juzgadoras. El encuadre analítico facilita la formación de la alianza de trabajo con la frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, el empleo del diván, el silencio, etc.

Para analizar con éxito la neurosis de transferencia es necesario que el paciente haya formado con el analista una firme alianza de trabajo. La capacidad que tenga el paciente de oscilar entre la alianza de trabajo y las reacciones transferenciales neuróticas es la condición imprescindible para la labor analítica. El material esencial reprimido e inaccesible lo proporcionan las reacciones de transferencia neurótica, y principalmente la neurosis de transferencia. La alianza de trabajo proporciona la motivación cotidiana así como la capacidad de realizar la labor analítica.

VIII.4.1. La definición

La alianza de trabajo es la relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con el analista. Términos como “alianza terapéutica”, la “transferencia racional” y la “transferencia madura” son conceptos semejantes.

El núcleo seguro de la alianza de trabajo lo forma la motivación del paciente para sobreponerse a su sufrimiento, su sensación de desviamiento, su disposición consciente y racional a cooperar y su capacidad de seguir las instrucciones y los *insights* del analista. La

alianza se forma en lo esencial entre el Yo razonable del paciente y el Yo analizador del analista. El medio que hace esto posible es la identificación parcial del paciente con el enfoque analítico del analista en su intento de entender el comportamiento del paciente. El Yo razonable, el Yo observador y analizador del paciente está separado del Yo que siente y experimenta. Los pacientes que no pueden apartar un Yo razonable y observador no podrán mantener una relación de trabajo.

Sin embargo esta diferenciación entre reacciones de transferencia y alianza de trabajo no es absoluta, ya que la alianza de trabajo puede contener elementos de la neurosis infantil que al final requerirán análisis. Por ejemplo, el paciente tal vez labore temporalmente para conquistar el amor de su analista, y esto en definitiva llevará a fuertes resistencias; o bien la sobrevaluación del carácter y la capacidad del analista por el paciente puede servir a la alianza de trabajo al principio del análisis, pero sólo puede convertirse en fuente de mayor resistencia posteriormente.

VIII.4.2. El desarrollo de la alianza de trabajo

En general, en un paciente la alianza de trabajo se forma casi imperceptiblemente, en silencio, si el analista no comete errores y muestra un interés genuino y simpatía hacia el paciente y sus problemas. Pero en otros casos pueden existir alteraciones en la alianza de trabajo, por ejemplo un paciente muy pasivo que espera del analista toda la comprensión, el analista debe estimular el razonamiento del paciente para que trate de comprender su propia situación. Otros pacientes pueden abusar de la regla básica, o sea la asociación libre, y quedarse dentro de este medio sueño durante todas las sesiones para no utilizar la conciencia, para evitar eventualmente sentimientos y pensamientos dolorosos. En otros casos, la alianza de trabajo puede mezclarse por la neurosis de transferencia y volverse ineficiente. Hay otros pacientes que se aferran a la alianza de trabajo porque les horrorizan los aspectos regresivos de la neurosis de transferencia. Estos pacientes forman una relación razonable con el analista y no se permiten sentir nada irracional, ya sea amoroso, agresivo, o de ambos tipos. La sensatez prolongada en el análisis es una seudosensatez, el paciente se aferra inconscientemente a esa sensatez por diversos motivos neuróticos inconscientes.

Generalmente, en los pacientes analizables, las primeras señales de la alianza de trabajo pueden verse a los tres o seis meses del análisis. Los primeros indicios de esta evolución suelen ser: el paciente queda callado y a continuación, en lugar de esperar a que el analista intervenga sugiere la opinión de que él mismo parece estar esquivando algo. Sólo

después de algún análisis efectivo de la resistencia de transferencia parece que el paciente es capaz de formar una alianza de trabajo parcial.

El paciente puede entrar de muchas formas en las entrevistas preliminares. En parte las determina su historia pasada en lo tocante a psicoanalistas, médicos, autoridades y extraños, así sus reacciones a la enfermedad, a la necesidad de ayuda etc. Además, su conocimiento o falta de conocimiento de los procedimientos analíticos y la fama del analista influirán también en sus reacciones. El paciente llega, pues, a la primera entrevista con una relación preformada con el analista.

Las entrevistas preliminares influyen bastante en las reacciones del paciente al analista, sobre todo en lo tocante a cómo se siente al tener que revelarse así como a sus reacciones al modo de enfocar y a la personalidad del analista. En este momento se producen una mezcla de reacciones realistas y de transferencia.

Cuando el analista ha decidido que la psicoterapia psicoanalítica es el tratamiento adecuado ya tiene la impresión de que el paciente en cuestión parece disponer de potencial para la formación de una alianza de trabajo junto con su neurosis de transferencia. La discusión con el paciente acerca de por qué la psicoterapia analítica es el mejor método de terapia para él, las explicaciones relativas a la frecuencia de las visitas, duración, honorarios, etc. y la propia estimación que haga el paciente de su capacidad de ajustarse a estas condiciones, tendrán un valor adicional en la revelación de su capacidad de formar una alianza de trabajo.

Los primeros meses de análisis pueden resumirse como combinación de prueba y confesión. El paciente prueba su capacidad de realizar asociación libre y de revelar su experiencia, causa de culpabilidad y angustia. Simultáneamente está sondeando las reacciones del analista a sus producciones. Hay muchos relatos históricos y mucha comunicación de sucesos cotidianos. Las intervenciones del analista se limitan en general a señalar y explorar resistencias y afectos impropios. Al mismo tiempo, cuando el material es muy claro, se puede establecer conexiones entre las normas de comportamiento pasadas y las presentes. Así, el paciente empieza a sentir que el analista le entiende y osa a confiar más y regresionar más. Ese regresionar puede ayudar a sentir algún aspecto transitorio de su neurosis en la transferencia en relación con el analista. Cuando se consigue analizar esto efectivamente, se logra establecer al menos temporalmente un Yo razonable y una alianza operativa junto con el Yo que siente y la neurosis de transferencia. Una vez que ha sentido el paciente esta oscilación entre neurosis de transferencia y alianza de trabajo en lo tocante a un campo, el paciente se muestra más dispuesto a emprender regresiones futuras en ese mismo campo de neurosis de transferencia. Pero cualquier aspecto nuevo de la neurosis de transferencia puede redundar en mejoría o en pérdida temporal de la alianza de trabajo.

VIII.4.3. Los orígenes de la alianza de trabajo

El paciente, la situación analítica y el analista contribuyen a la formación de la alianza de trabajo.

El paciente contribuye con su capacidad de formar una variedad especial de relación de objeto. La alianza de trabajo es un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado. Los pacientes tienen que haber podido formar esas relaciones sublimadas, de objetivo inhibido, en sus vidas exteriores. En el curso de análisis se espera que el paciente pueda regresar a las reacciones de transferencia más primitivas e irracionales que están sometidas a la influencia del proceso primario. Mas para llegar a la alianza de trabajo, el paciente tiene que ser capaz de restablecer el proceso secundario, de rehacer una relación de objeto relativamente razonable con el analista a partir de las reacciones de transferencias más regresivas. Las personas que padecen una grave falta o menoscabo en las funciones del Yo pueden perfectamente tener reacciones de transferencia regresivas, pero les será difícil conservar una alianza de trabajo.

La conciencia del padecimiento neurótico mueve también al paciente a establecer una relación con el analista. En un nivel consciente y racional, el terapeuta ofrece una esperanza realista de aliviar el padecimiento del neurótico. Pero la impotencia del paciente en relación con su padecimiento moviliza anhelos primitivos de padre o madre omnipotente. La alianza de trabajo tiene un componente racional y uno irracional.

Las funciones del Yo del paciente desempeñan un papel importante en la aplicación de la alianza de trabajo de su papel en las relaciones de objeto. Para ejecutar la labor analítica, el paciente tiene que poder comunicarse de diversos modos, de palabra, con sentimientos, y no obstante con cierta limitación en lo tocante a sus acciones. Debe poder expresarse con palabras, de modo inteligible, con orden y lógica, dar informes cuando se necesitan, y además poder regresar parcialmente y realizar cierta cuantía de asociación libre. Tiene que poder escuchar al analista, comprender, reflexionar, cavilar y hacer labor de introspección. Hasta cierto punto tiene también que recordar, observarse fantasear y comunicarlo. Esto es sólo una lista parcial de las funciones del Yo que deben tener su papel en la capacidad que el paciente tenga de establecer y conservar una alianza de trabajo.

Diferentes elementos del ambiente y los procedimientos analíticos (la situación analítica) favorecen la regresión y la neurosis de transferencia. Algunos de estos mismos elementos ayudan también en la formación de la alianza de trabajo. La gran frecuencia de las visitas y la larga duración del tratamiento no sólo favorecen la regresión sino indican también los

objetivos para largo plazo y la importancia de la comunicación íntima detallada. El diván y el silencio dan la oportunidad de la introspección y reflexión así como la producción de la fantasía. El constante interés del analista en el intento de entender todo lo que sucede dentro del paciente, el hecho de que nada sea demasiado pequeño ni oscuro, feo ni bello para escapar al afán de comprender del analista, todo tiende a provocar en el paciente el deseo de saber, de hallar respuestas y causas.

La personalidad y la orientación teórica del analista contribuyen también a la alianza de trabajo. La contribución más importante que hace el analista a una buena relación de trabajo es la labor diario con el paciente. La constante y firme búsqueda de *insight* en relación con cualquier parte del material, así como con el comportamiento del paciente, es el factor principal. La importancia que el analista conceda a cada sesión y la escasez de sus ausencias subrayan la importancia de las sesiones así como de su continuidad, y esto contribuye a convencer al paciente de la necesidad de cooperar seriamente. La disposición del analista a dedicar años de trabajo al bienestar del paciente contribuye de forma semejante.

La frialdad y austeridad pueden inducir en el paciente una actitud sumisa y obediente en lugar de sentirse aliado y participante. Impregna la atmosfera del análisis una sutil pero constante tendencia oculta a la angustia y al pavor respecto del analista y la relación operativa.

En el paciente influirá no sólo el contenido de nuestra labor, sino también el modo, la actitud, los modales, el talento, el ambiente en que laboremos. Reaccionará a aquellos aspectos de que nosotros no somos necesariamente conscientes, y con ellos se identificará en particular. El hecho de que el analista esté continuamente observando e interpretando la realidad del paciente hace que éste se identifique en parte con ese aspecto del analista. La invitación a identificarse procede del analista. Desde el comienzo del tratamiento, el analista comenta la labor que han realizado los dos juntos. El empleo de frases como “veamos esto” o “podemos ver” favorece esa tendencia. El analista, fuera de cualquier consideración técnica, debe ser natural, sincero, franco y sobre todo humano. Pero hay que determinar qué se entiende por humano en la situación analítica y cómo se concilia eso con el principio de la privación.

Esencialmente, la **humanidad del analista** se manifiesta en su compasión, su empatía, su interés y su intención terapéutica para con su paciente. Le importa cómo le va al paciente, y no es solamente un observador o un investigador. Es un terapeuta que cuida a los enfermos y los dolientes, y su objetivo es ayudar al paciente a reponerse. Pero la “medicina” que prescribe es el *insight*, cuya dosificación calcula cuidadosamente, siempre atento a la meta de largo plazo, sacrificando los resultados temporales y rápidos por los cambios ulteriores y duraderos. Lo humano se expresa también en la actitud de que el paciente tiene derechos y que se le debe respeto como individuo. Hay que tratarlo con la cortesía acostumbrada. Si queremos que el paciente

trabaje con nosotros como colaborador en el material regresivo que presenta, debemos tener cuidado de que sus aspectos maduros sean constantemente fomentados en el curso de nuestra labor analítica. No debemos olvidar que para el paciente, los procedimientos y procesos analíticos son extraños, poco razonables y artificiosos. Por mucho que pueda saber intelectualmente, la realidad de la terapia es diferente y le ocasionará angustia. La relación del terapeuta con el paciente es “dispareja”, “desigual” o “asimétrica”. A fin de contrarrestar la tendencia a someterse por angustia o masoquismo, es necesario que el analista atienda a la necesidad que el paciente tiene de estima y respeto de sí mismo y de dignidad mientras está en terapia. El paciente dócil con frecuencia oculta sus sentimientos de humillación y cólera por temor a perder el amor o provocar la hostilidad. La defensa de los derechos del paciente no anula ni hace desaparecer las privaciones necesarias. Aunque la alianza de trabajo es parte esencial del proceso analítico, deben predominar las privaciones si esperamos que el paciente pueda regresionar a la neurosis infantil de transferencia.

El analista tiene que saber oscilar entre la imposición de privaciones y la manifestación de interés por el paciente. A veces debe tomar una posición intermedia, infligiendo dolor con una interpretación pero manifestando compasión por el tono de voz, para hacer soportable el dolor. El interés por el paciente no implica de ninguna manera tomar partido en sus conflictos, sino es laborar contra sus resistencias, contra su comportamiento neurótico perjudicial y contra su autodestructividad.

La neurosis de transferencia y la alianza de trabajo son fuerzas antitéticas paralelas en los fenómenos de transferencia. A pesar de las grandes variaciones que puede haber según la personalidad del analista, deben tomarse adecuadamente en cuenta y manejarse estos dos elementos antitéticos si hemos de esperar buenos resultados analíticos.

VIII.4.4. La verdadera relación entre paciente y analista

Las reacciones de transferencia y la alianza de trabajo son clínicamente las dos variedades más importantes de relaciones de objeto que se presentan en la situación analítica. En el curso del análisis también se produce una “relación verdadera”, verdadera en el sentido de una relación genuina y realista, entre analista y paciente. Las reacciones de transferencia y de contratransferencia son impropias e irreales, pero genuinas y sentidas. En el analista y el paciente, la alianza de trabajo es real y adecuada, pero es un artificio de la situación del tratamiento. El paciente desarrolla y utiliza la alianza de trabajo (a lado de su transferencia) para comprender el punto de vista del analista, mientras que el analista tiene que tenerla antes de cualquier reacción al paciente.

La relación realista entre el analista y el paciente se basa sobre cualidades, perfecciones e imperfecciones de cada participante (sobre núcleos de carácter, de temperamento), más allá de las transferencias.

En los adultos, todas las relaciones con la gente son una mezcla con distintas proporciones de transferencia y realidad. No hay reacción de transferencia, por fantástica que sea, sin un germen de verdad, y no hay relación realista sin algo de fantasía de transferencia. Todos los pacientes en tratamiento analítico tienen percepciones y reacciones realistas y objetivas con su analista junto con sus reacciones de transferencia y su alianza de trabajo. Estos tres modos de relación con el analista están interrelacionados.

Dentro de las relaciones realistas, el hecho de que un objetable rasgo de carácter del terapeuta puede producir en el paciente reacciones realistas que impiden el desarrollo de la alianza de trabajo o su mantenimiento, y se oponen al éxito del tratamiento analítico. Las frustraciones y privaciones excesivas o superfluas o el no reconocimiento de errores advertidos por el paciente son ejemplos de rasgos de carácter objetables. Mientras que la empatía, el tacto, la calidez y la solicitud son rasgos indispensables de un buen terapeuta.

Aunque en paciente y analista se forman reacciones de transferencia, una alianza de trabajo y una relación real mutua, las proporciones y el orden de producción difieren. En el paciente, las reacciones de transferencia predominan en la larga fase media del análisis. La reacción real está en primer plano al principio y vuelve a adquirir importancia en la fase final. La alianza de trabajo aparece hacia el final de la fase introductoria, pero va cediendo periódicamente hasta que el paciente se acerca a la fase final.

En el analista, la alianza de trabajo debe predominar desde el principio hasta el fin. La contratransferencia siempre debe estar en último término. La relación real sólo debe tener más campo libre en la fase final. Hay veces empero, en que consideraciones especiales requieren que el analista deje que sus sentimientos reales se manifiesten antes. Habrá algunos pacientes que quieran un analista de tipo computadora, pero es que en realidad estarán tratando de rehuir una verdadera experiencia analítica.

VIII.5. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS REACCIONES DE TRANSFERENCIA

No hay ningún modo de clasificar los fenómenos de transferencia que sea justo con todas sus diferentes variedades. Se tratará de describir las formas más importantes de reacciones de transferencia y clasificarlas de acuerdo con lo que parece ser el modo de enfoque clínico más útil. Aun

que haya una clasificación artificial, debemos comprender que buen número de sentimientos de transferencia se producen simultáneamente, y son ambivalentes como ocurre con las relaciones de objeto en general. En la descripción siguiente, se limitará a examinar lo predominante, lo clínicamente significativo por un período dado de tiempo en un análisis.

VIII.5.1. La transferencia positiva y la negativa

El término **transferencia positiva** es una manera abreviada de designar las reacciones de transferencia compuestas predominantemente por el amor en cualquiera de sus formas o por cualquiera de sus precursores o derivados. Consideramos que hay transferencia positiva cuando el paciente siente por su analista amor, pasión, ansia, anhelo, cariño, deseo, gusto, interés, devoción, admiración, infatuación, ternura, afición, respeto o confianza. Las formas atenuadas de amor no sexual ni romántico (afición, respeto o confianza) preparan la alianza de trabajo.

Otra forma importante de transferencia positiva se produce cuando el (o la) **paciente se enamora de su analista**. Es un caso corriente cuando se trabaja con pacientes de sexo opuesto, y mucho menos cuando es el mismo sexo cuya ocurrencia significará homosexualidad patente. Este enamoramiento en el análisis se parece bastante al enamoramiento en la vida real, pero tal vez más irracional en grado e infantil en sus manifestaciones.

La paciente enamorada de su analista presenta muchos problemas técnicos difíciles. Ante todo, el objetivo principal de la paciente es el afán de obtener alguna satisfacción de sus deseos, y se resiste a laborar analíticamente con esas emociones. Hay que ser paciente y esperar que las violentas emociones pierdan intensidad. En segundo lugar, el amor ardiente de una paciente provoca sentimientos de contratransferencia en el analista. El analista tiene que reconocerlo para no dar conscientemente satisfacciones eróticas más inocentes e imperfectas, tampoco para no volverse áspero y duro con ella por la tentación que su pasión presenta. Cualquiera satisfacción vuelve el amor de la paciente como incestuoso e inanalizable. Hay que ser considerado y pensar en la condición de la paciente, pero seguir analizando. Tal vez en ningún otro momento sea tan absolutamente necesaria la actitud analítica de humanidad compasiva y moderada y firmeza. La tarea técnica es alentar la expresión cabal de todo hecho del amor de transferencia y en el momento debido empezar a laborar con las resistencias del paciente a la labor analítica.

Los componentes sexuales de la transferencia positiva a menudo se vuelven la causa de las resistencias intensas. Los pacientes reconocen más fácilmente sus reacciones emocionales con el analista, pero suelen

ser renuentes a reconocer los aspectos sensuales de sus sentimientos. Los pacientes se sienten entonces turbados o avergonzados de su amor o sus deseos sexuales. O quizá temen el rechazo o la humillación y por ello tratan de ocultar sus emociones. Por ejemplo, en los hombres, los impulsos homosexuales suelen considerarse peligrosos y contra los cuales luchan vigorosamente. Toca al análisis aclarar esos diferentes elementos e elucidar las fantasías relacionadas con esas sensaciones y actividades. Con mucha frecuencia, los indicios más claros de los anhelos sexuales ocultos se presentarán en los sueños. Debe recordarse que lo revivido en la transferencia es no sólo los hechos realmente sucedidos sino también las fantasías del pasado. Con mucha frecuencia, las reacciones de transferencia sexuales son repeticiones de fantasías del paciente relacionados con el padre o la madre.

La idealización es otra variedad de transferencia positiva que se da en pacientes de ambos sexos. A veces resulta ser el retorno de la adoración al héroe de la fase de latencia. La idealización es particularmente frecuente en los pacientes que han perdido a sus padres por el divorcio o la muerte.

Todos los fenómenos de transferencia son ambivalentes porque la naturaleza de la relación de objeto transferida es más o menos infantil y todas las relaciones de objeto infantiles son ambivalentes. La ambivalencia se manifiesta en general con el analista, pero a veces se disocia de la transferencia y se manifiesta afuera de la terapia, por ejemplo los sentimientos negativos pueden manifestarse con un colega, o con un miembro de su familia.

El analista puede ser la madre tierna y amorosa, dadora de leche, o la madre cruel, adversa, que da mala o ninguna leche (regresiones a fase oral). Estas reacciones ocurren en pacientes de ambos sexos. Cuando esto sucede se reacciona a las interpretaciones como a una alimentación buena o mala, y el silencio se siente como abandono o comunión beata (simbiosis). El paciente puede entonces hacerse pasivo y dependiente, o quejarse con apatía de que así no se va a nada que valga la pena. En estos períodos pueden darse reacciones depresivas, hipocondríacas y paranoides.

El analista puede ser el ente parental indulgente de la fase anal y las asociaciones libres del paciente ofrendas fecales presentadas como regalos. O bien el analista puede convertirse para el paciente en el áspero y estricto solicitador del contenido del paciente. En estas condiciones el paciente se vuelve testarudo, negador y desconfiado. El paciente puede proyectar esto sobre el analista también.

El analista puede volverse la figura edípica, amada, celosa e incestuosamente, acompañada de culpabilidad y angustia. Puede observarse también el amor de latencia adorador del héroe y el amor adolescente, semejante a la infatuación.

La ausencia prolongada de transferencia positiva suele deberse a defensas y la describiremos más adelante con el nombre de transferencia de defensa.

Se usa la designación de **transferencia negativa** para los sentimientos de transferencia basados en el odio en cualquiera de sus formas, sus precursores y sus derivados. La transferencia negativa puede manifestarse en forma de odio, enojo, hostilidad, desconfianza, aborrecimiento, aversión, repugnancia, resentimiento, amargura, envidia, disgusto, desdén, fastidio, etc. Siempre está presente en el análisis, aunque a menudo es mucho más difícil de descubrir que las manifestaciones de transferencia positiva. Es por esto que la transferencia negativa no analizada o insuficientemente analizada es la causa más frecuente de análisis estancado.

Una desconfianza habitual subyacente puede volver doloroso todo el procedimiento analítico y hacerlo esencialmente repelente. No hay sensación agradable de realización ni de satisfacción en una alianza de trabajo mutuamente sentida. Si el paciente puede soportar este tipo de transferencia negativa sin ceder al impulso de interrumpir el análisis, vemos surgir una reacción de transferencia masoquista, sumisa, crónica. El análisis entero puede convertirse en algo que se soporta porque es un mal menor en comparación con la renuncia real y el batallar con el padecimiento neurótico. Es una resistencia: una defensa sutil, latente, paranoide, o bien un goce masoquista oculto o una defensa contra la transferencia positiva, o bien una combinación de los tres.

La aparición de las reacciones de transferencia negativas al principio del análisis puede dificultar el desarrollo de una alianza de trabajo y precipitar una interrupción del tratamiento. En estos casos, el analista tiene que perseguir vigorosamente esta transferencia negativa para impedir la interrupción. Pero una vez establecida una alianza de trabajo, la aparición de la transferencia negativa puede ser un importante signo de progreso. El revivir en la transferencia la hostilidad y el odio sentidos por las figuras de la primera infancia es sumamente productiva y una fase necesaria de todo análisis logrado. El análisis del odio de transferencia es tan importante como el del amor de transferencia. Los análisis interminables, las reacciones terapéuticas negativas pueden resultar de un análisis insuficiente del odio de transferencia.

A veces los pacientes disimulan su hostilidad con humoradas, pullas o sarcasmos, y de este modo pasa inadvertida. Pero más importante es la división de la transferencia como ya se señaló. Los pacientes hallarán otra figura parental a quien demostrar gran hostilidad, desplazado de la persona del analista con fines defensivos.

La transferencia positiva persistente siempre indica que la transferencia negativa está escondida, no ausente. El analista tiene que descubrirla y ha de tratar de hacer que el paciente la pueda sentir directamente hacia

él. De otra parte, el temor al analista, como desconfianza o temor a sus críticas, ha de reconocerse como derivado de la agresión y la hostilidad. Porque las **reacciones de angustia** se derivan esencialmente de impulsos agresivos y el temor al analista es derivado de la hostilidad proyectada.

VIII.5.2. Según las relaciones de objeto

Los fenómenos de transferencia se pueden nombrar también de acuerdo con la relación de objeto de la primera infancia a que debe su origen. Así podemos hablar de una transferencia de madre, de padre, de hermano, etc. En el curso del análisis estas transferencias sufrirán cambios, por ejemplo, un paciente tal vez empiece el análisis con una transferencia predominantemente de padre, puede lentamente irse transformando en transferencia de madre.

El paciente efectuará la transferencia de acuerdo con sus necesidades reprimidas en relación con los primeros objetos familiares. A medida que lo reprimido se hace accesible a la conciencia, empero, cambian las necesidades y con ellas la índole de la reacción de transferencia. En un análisis bien logrado, el analista tendrá que convertirse en figura paternal y maternal al mismo tiempo, o sucesivamente.

Según Freud, el aspecto más difícil de analizar de las reacciones de transferencia, en los hombres es el temor de una actitud homosexual pasiva, y en las mujeres es la envidia del pene. Mientras que según Greenson es diferente: lo más difícil en los hombres sería el odio primitivo a la madre y en las mujeres, el amor primitivo a la madre.

VIII.5.3. Según las fases libidinales

A veces es útil describir una reacción de transferencia en relación con cierta fase libidinal de que se deriva. Por ejemplo, un paciente que reacciona a cada dicho del analista como si fuera el maná y a cada silencio como si se tratara de un abandono, que ansia beber hasta su menor palabra, que es insaciable y teme la separación, está reaccionando en un nivel oral, introyectivo. Los sentimientos de amor u odio, confianza o desconfianza del paciente determinan si los siente primariamente como transferencia oral de madre positiva o negativa.

El paciente puede transferir al analista y a la situación analítica las experiencias de su fase anal. Puede reaccionar al análisis como a una situación de excusado, y el paciente sentirá que debe producir o salir;

sus asociaciones son un material precioso a compartir o atesorar, o producciones malolientes que se suelten con enojo o se ocultan para preservarlas. Puede esperarse ver angustias relativas al control y autonomía, problemas relacionados con sentir vergüenza, actitudes de despecho, terquedad, sumisión, orden, limpieza, parsimonia, etc. Es probable que el mecanismo predominante de defensa en ese tiempo sea el aislamiento.

La fase fálica, cuando se vuelve a vivir en relación con el analista y la situación analítica, produce reacciones de transferencias muy vívidas del amor incestuoso y la angustia de castración, la rivalidad celosa y los deseos de muerte, el deseo de un bebé o de un pene, el retorno de fantasías edípicas de masturbación y los sentimientos de culpabilidad que les acompañan.

VIII.5.4. Según el punto de vista estructural

A veces se pueden describir mejor algunas reacciones del paciente al analista desde el punto de vista estructural: el analista puede convertirse en representación de Superyó, el Ello o el Yo para el paciente.

Al principio del análisis suelen observarse situaciones en que el analista representa una figura de Superyó para el paciente; se le siente ante todo crítico, hostil, rechazador y negativo.

Cuando el analista se percibe como una figura del Ello, el paciente desplaza y proyecta sobre el analista los propios anhelos de su Ello. En tales ocasiones puede parecerle al paciente que el analista desea que se masturbe, que sea agresivo, o promiscuo, que realice actos sexuales perversos, etc. Se siente al analista seductor, provocador y tentador.

El analista también puede servir de prolongación del Yo del paciente, para comprobar la realidad de acuerdo con la fórmula: ¿qué haría mi analista en esta situación? Es un precursor de la identificación con el analista, una forma de imitación. El proceso de utilizar al analista como **Yo auxiliar** es útil a todos los pacientes en las situaciones de crisis, y tiene mucha importancia en los pacientes a quienes cuesta comprobar la realidad como en los casos fronterizos.

VIII.5.5. Según la identificación

Identificaciones tempranas preceden a las relaciones de objeto y hay identificaciones que remplazan a las relaciones con los objetos. Parece haber diferentes géneros de identificaciones: algunas son parciales, otras totales; algunas transitorias, otras permanentes; algunas accesibles a la conciencia, otras inaccesibles; algunas egosintónicas y otras egodistónicas. Como todos y cada uno de los aspectos de las relaciones de objeto se repiten en la transferencia, también pueden producirse identificaciones de todos los tipos.

Una forma de identificación, absolutamente necesaria para que el análisis haya de ser efectivo, es la que describimos al hablar de la formación de la alianza de trabajo. Se pide al paciente que se identifica parcial y temporalmente con la función analítica del analista por la ayuda de su Yo racional. A veces, un paciente en análisis adopta el papel de analista con su familia y sus amigos y aun con el analista mismo. Este tipo de identificación persiste aun después del análisis. Las personas que han sido analizadas y se encuentran con problemas emocionales hacen por sí mismas algo de autoanálisis.

VIII.6. RESISTENCIAS DE TRANSFERENCIA

La resistencia de transferencia insuficientemente analizada es la causa más importante de interrupción o estancamiento en el análisis. La expresión resistencia de transferencia es una condensación y se refiere a muchas constelaciones clínicas diferentes. En todos los casos es la transferencia la que ocasiona la resistencia, pero de diversos modos. Por ejemplo, el paciente puede tener sentimientos de transferencia que trata de satisfacer, no de analizar. O bien puede oponerse al procedimiento analítico porque teme la aparición de ciertas reacciones de transferencia. O tal vez adopte y se aferre a ciertos sentimientos de transferencia porque teme otras formas de reacciones de transferencia, con el fin de protegerse se opone a la asociación libre.

Se describirán los tipos de resistencia de transferencia que se dan con mayor frecuencia y que pueden aislarse con mayor claridad.

VIII.6.1. La búsqueda de gratificación transferencial

En lugar de analizar, el paciente trata de satisfacer sus fuertes apremios emocionales e instintuales respecto del analista. Esto puede nacer de pulsiones instintuales libidinales y agresivas o de las emociones de amor u odio. Además, todas y cualquiera de las fases evolutivas de los instintos y emociones pueden entrar en ello. Por ejemplo, el (la) paciente

puede tener deseos orales de ser alimentado y cuidado, o bien deseos sexuales respecto al analista en un nivel fálico-edípico y una angustia de castración y deseos incestuosos.

Otra muy frecuente fuente de resistencia es el deseo o necesidad que tiene el paciente de ser amado, o el terror de ser rechazado (puede equivaler a ser abandonado). El temor de perder el amor o el respeto del terapeuta, siempre presente y subyacente, puede a veces remplazar el deseo de analizarse.

Hay pacientes que se llenan de impulsos hostiles y destructivos, que inconscientemente se empeñan en acabar con el analista y el análisis en lugar de analizar sus impulsos. El paciente puede dirigir su agresividad contra sí mismo y actuarla de una manera u otra, de acuerdo con la fórmula "Me mataré y lo sentirán todos". Las personas con caracteres muy impulsivos, perversos o limítrofes son propensas a una actuación muy destructiva. Tratan sólo de descargar los sentimientos de odio y oponerse a la labor analítica. La tarea técnica consiste en dar con el momento en que uno puede movilizar el Yo razonable.

VIII.6.2. Las reacciones de transferencia defensivas

El paciente repite y revive, en relación con su analista, sus defensas contra la participación instintual y emocional, para ocultar otros aspectos y formas de los fenómenos transferenciales.

Una de las formas de reacciones de transferencia defensivas más comunes es la persistencia del comportamiento razonable y racional con el analista. Este tipo de reacción transferencial defensiva suele verse al comienzo del análisis en los que desean ser "buenos" pacientes.

Hay pacientes que siempre reaccionan a una interpretación pareciendo aceptarla con una actitud sumisa para disimular sentimientos agresivos. Otros pacientes, del mismo sexo que el analista, pueden emplear una transferencia hostil persistente para defenderse de sentimientos homosexuales como otras formaciones reactivas que se dan en la transferencia.

La transferencia defensiva suele ser egosintónica, por eso, hay que hacerlo primero ajena al Yo y después se analiza.

Las reacciones transferenciales defensivas suelen hallarse en caracteres seudonormales, en los candidatos que están pasando un análisis de preparación, y también en los trastornos neuróticos del carácter que requieren la conservación de una fachada normal.

VIII.6.3. Las reacciones de transferencia generalizadas

Las reacciones de transferencia del paciente para con su analista suelen ser específicas y circunscritas. Mientras que las reacciones de transferencia generalizadas no son específicas ni circunscritas; en ella el paciente reacciona al analista como a muchas otras personas en su vida, es habitual. Este comportamiento ha sido calificado de “**transferencia de carácter**” por Wilhelm Reich. Los pacientes que reaccionan a su analista con transferencia generalizada tendrán sentimientos, actitudes, impulsos, esperanzas, deseos, temores y defensas moldeados en su carácter y que han convertido en la superficie que presentan al mundo en general. Estos rasgos son los resultados relativamente fijos, los residuos, las transacciones de diversos conflictos entre instintos y defensas. Las reacciones de transferencia generalizadas se dan en pacientes que tienen sobre todo trastornos del carácter. Cada tipo especial producirá una transferencia generalizada típica; por ejemplo, un carácter obsesivo tendrá una transferencia generalizada para con el analista que será una replica de sus relaciones de objeto obsesivas, aisladas en general. Como las caracteropatías (se denominan también neurosis de carácter) son egosintónicas (estas personas no parecen sufrir de su manera de ser, sino hacen sufrir a los otros), la primera tarea es hacer la transferencia egodistónica y dolorosa para que el paciente labore activamente con ella en lugar de tratar de prolongarla. Las resistencias de carácter tienen que cambiarse en resistencias de transferencia.

VIII.6.4. La actuación de las reacciones de transferencia

La actuación (*acting out*) es una serie de acciones realizadas, aparentemente bien organizadas, sin entender suficiente sus motivaciones y resulta una reactuación de una vivencia del pasado, pero no recordado. La acción es una repetición ligeramente disfrazada del pasado, pero el paciente no es capaz de recordar las cosas del pasado. Actúa en lugar de recordar; es una defensa contra el recuerdo. En el curso de análisis, los pacientes actuarán sus reacciones transferenciales en lugar de comunicarlas de palabra y sentimiento. La actuación puede ser con el analista mismo o, fuera del análisis, con otras personas.

Hay que diferenciar la actuación de una **acción decidida** después de reflexionar sobre su justificación y sus consecuencias.

En todo análisis es inevitable algo de actuación. Se debe esto en parte al hecho de que el analista disminuye las defensas neuróticas y con ello favorece la descarga de afectos e impulsos de modos menos deformados. Se facilita así el paso a las acciones. En segundo lugar, la

transferencia misma es una revivencia, una repetición del pasado, y moviliza impulsos del pasado que pueden manifestarse en comportamiento y acciones. Los errores de análisis, como el análisis insuficiente de la transferencia negativa, pueden ser también la causa de las actuaciones.

La actuación es una forma resistencia, aun cuando puede desempeñar alguna función útil temporalmente. Es una defensa contra el recuerdo y contra el pensamiento y se opone a la integración de pensamiento, recuerdo y comportamiento y por ende, a los cambios de estructura del Yo. Las actuaciones son como el contenido manifiesto de un sueño, un intento de cumplimiento del deseo. Finalmente, la actuación es una forma de comunicación no verbal; a pesar de sus funciones de resistencia es también el intento de alcanzar un objeto, o un grito de socorro.

Hay que distinguir las actuaciones de las **acciones sintomáticas**: estas últimas no son bien organizadas ni coherentes; se sienten extrañas, ajenas al Yo, y representan una falla en el funcionamiento de éste. Mientras que en la **revivencia** siempre hay una sencilla repetición y duplicación de un suceso pasado. No hay distorsión y conduce fácilmente al recuerdo.

Las actuaciones **dentro del encuadre analítico** pueden presentarse como desafíos y críticas con su analista. El paciente puede no recordar haber tenido ese tipo de comportamiento en el pasado. No sólo siente esas emociones con su analista sino que opera en ellas, se niega a hablar, olvida sus sueños, etc. En otros casos, el paciente no tiene consciencia de sus sentimientos para con el analista pero si actúa lo que quería haber hecho en el pasado. La actuación puede presentarse también bajo la forma de ser "paciente favorito", el "buen paciente", "su analista es el mejor" como había deseado que sus padres fueran los mejores, etc.

Las actuaciones de reacciones de transferencia pueden manifestarse **fuera del análisis**. Por ejemplo, una mujer casada, en análisis con un hombre analista, en su fase de transferencia sexual oculta puede precipitarse en una aventura extraconyugal con un hombre con características supuestas del analista. En otros casos, durante la transferencia positiva manifiesta con el analista, el paciente puede pelearse con otra persona, actuando su transferencia negativa latente con el analista.

La división de la transferencia ambivalente, con un aspecto actuado fuera del análisis, es una forma frecuente de la actuación y se observa con frecuencia en los candidatos para analistas.

Debe recordarse que la actuación que ocurre durante el análisis no sólo está relacionada con la situación de transferencia, con mucha frecuencia se descubre que se ha estado efectuando antes del análisis. Los que hacen de co-actores en tales situaciones resultarán también figuras de transferencia. Por ejemplo, la rebeldía reprimida de un adolescente en su casa puede manifestarse contra sus maestros como representantes de la figura de autoridad.

VIII.7. TÉCNICA DEL ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA

VIII.7.1. Las consideraciones generales

La interpretación de una reacción de transferencia es el paso técnico último en el tratamiento de los fenómenos de transferencia; pero para interpretar ésta eficazmente son necesarios muchos pasos preliminares. Como ya se dijo, la demostración (confrontación o señalamiento), la aclaración, la interpretación y la translaboración de un hecho psíquico pueden considerarse “análisis” de un fenómeno dado.

Nuestra técnica comprende algo más que “analizar”, la espera paciente y la no intrusión para facilitar la formación de transferencia. Sin embargo, en un sentido estricto se trata de una manipulación. El silencio en el analista puede ayudar al paciente a tener y sentir una mayor intensidad en sus reacciones de transferencia. Pero, para evitar situaciones traumáticas, resistencias masivas o actuaciones peligrosas el terapeuta debe “analizar” en el momento oportuno las reacciones de transferencia.

La sugestión tiene su lugar en el manejo de la transferencia. Pedimos a nuestros pacientes que hagan asociación libre y que dejen aparecer espontáneamente sus sentimientos. Al hacerlo damos a entender que sus sentimientos son lícitos y manejables. Cuando dijimos al paciente que puede contar sus sueños, le insinuamos que sueña y que puede recordar. Particularmente, al principio del tratamiento, cuando el paciente sabe poco de nosotros y del procedimiento analítico, es la sugestión la que lo hace arriesgarse a seguirnos. Finalmente, el sentimiento transferencial que hizo el paciente sugestionable o manipulable habrá de ser analizado y resuelto.

Es importante reconocer que las medidas no analíticas son necesarias hasta cierto punto en todo análisis. La sugestión y la manipulación se han desacreditado en los círculos psicoanalíticos por el mal uso que de ellas se ha hecho. No remplazan al análisis, sino que lo preparan o son procedimientos adjuntos. Las interpretaciones por sí solas son un procedimiento no terapéutico. La debida mezcla de técnicas analíticas y

de las no analíticas hace el arte o la artesanía de la psicoterapia analítica.

La causa más frecuente de que un paciente interrumpa prematuramente su terapia analítica es el manejo indebido de la situación de transferencia. La técnica del análisis de las reacciones de transferencia requiere atender a las cuestiones siguientes:

- 1) ¿Cómo salvaguardar la evolución natural de la transferencia del paciente?
- 2) ¿Cuándo permitir que la transferencia se forme espontáneamente y en qué condiciones es necesario intervenir?
- 3) ¿Cuáles pasos técnicos se requieren para analizar una reacción de transferencia?
- 4) ¿Cómo facilitar la formación de la alianza de trabajo?

Se tomará por su orden las tres primeras cuestiones y se añadirán la consideración relativa a la alianza de trabajo en cada parte cuando esté indicado.

VIII.7.2. La salvaguardia de la transferencia

El concepto de salvaguardia de la transferencia se refiere al principio de proteger la relación del paciente con su analista de modo que se puede formar la mayor variedad e intensidad de reacciones de transferencia de acuerdo con su propia y única historia individual y sus propias necesidades.

Freud hizo la recomendación de que el analista fuera **un espejo** para su paciente. Su referencia al espejo implicaba que el comportamiento y la actitud del analista en los conflictos neuróticos del paciente deben ser "opacos" o sea reflejar para el paciente sólo lo que éste haya manifestado. Los valores y preferencias personales del analista no deben entrar en el análisis de esos conflictos. La constante neutralidad del analista en tales situaciones es la que hace posible mostrar cuán desfiguradas y poco realistas son las reacciones del paciente. Sólo de este modo pueden las reacciones de transferencia del paciente enfocarse claramente para ser aisladas y distinguidas de reacciones más realistas. Y sobre todo, con el fin de analizar los fenómenos de

transferencia es importante mantener el campo de la acción recíproca de paciente y analista relativamente libre de contaminación y artificio.

Podemos dar como ejemplos de contaminación por parte del analista: defender, aun que sea indirectamente e inconscientemente, una ideología política, religiosa o de otro tipo de valores. Cuanto menos sepa verdaderamente el paciente del analista más fácilmente podrá llenar los espacios vacíos con sus fantasías. Además, cuanto menos sepa el paciente del analista más fácilmente puede éste convencerlo de que sus reacciones son desplazamientos y proyecciones.

A veces es imposible lo incógnito del analista y el paciente llega a saber cosas fuera del análisis sobre su analista. Es desastroso que el analista se niegue a reconocer la realidad de algo que ya ha trascendido. El material de transferencia contaminado ha de llevar al análisis desde el principio y de modo constante, y la reacción del paciente a esa información debe ser cabalmente analizada.

La regla del espejo presenta peligros para la fundación de la alianza de trabajo si se lleva al extremo como frialdad e indiferencia. El mismo Freud dijo que el objetivo primero del tratamiento es establecer una relación de simpatía con el paciente, y esto sólo se puede lograr adoptando una actitud de "cariñoso interés".

Freud también ha recomendado que el tratamiento se lleve con el paciente en estado de **abstinencia**. Los síntomas del paciente se componen en parte de instintos escondidos que buscan satisfacción. Estos impulsos instintuales se dirigirán hacia el analista y la situación analítica mientras el analista evite consecuentemente dar al paciente satisfacciones sustitutivas. La frustración prolongada inducirá al paciente a la regresión, de modo que toda su neurosis se vuelva a sentir y vivir en la transferencia, en la neurosis de transferencia.

Con el fin de conservar una motivación suficiente son necesarios:

- a) que el analista señale constantemente al paciente la índole infantil y nada realista de la satisfacción instintual que busca, y
- b) que el analista se cerciore de que no está, de ningún modo, consciente ni inconscientemente, dando satisfacción a las necesidades instintuales neuróticas infantiles del paciente.

Hay formas de satisfacciones y provocaciones de transferencia que pueden suscitar el deseo inconsciente del analista de ser guía, mentor o padre del paciente. Esto suele hacer que el analista dé consejos, charle, sea excesivamente tranquilizador o se preocupe demasiado.

Surge una complicación más grave cuando el analista se hace inconscientemente seductor. Esto no sólo excita los anhelos incestuosos

del (o la) paciente sino que provoca una enorme culpabilidad y prolongada idealización excesiva del analista. Y cuando esto se hunde, queda mucha rabia y angustia.

Sin embargo la “regla de abstinencia”, llevada al extremo, se opone a la formación de una alianza de trabajo. Hay que explicar en cierto momento el porqué de esta actitud desigual y artificial; y reconocer explícitamente ante el paciente que el procedimiento analítico es inevitablemente una experiencia dolorosa, parcial y humillante para el paciente. Si queremos que de ella salga como un ser humano independiente y que nos ayude en calidad de colaborador, no podemos estar humillándolo continuamente sin explicarle cuáles son los medios de que nos servimos. No podemos tratarlo como a un niño y esperar después que se convierta en un individuo maduro. Así como es importante salvaguardar la situación de transferencia, lo es también mantener los derechos, la estimación de sí mismo del paciente. Hay que recordar que el analista atiende a los enfermos neuróticos; no es primordialmente un investigador ni un recogedor de datos sueltos.

Es necesario que el terapeuta se sienta lo bastante cerca del paciente para que pueda empatizar con los detalles más íntimos de su vida emocional; pero también debe estar lo bastante lejos para entenderlo desapasionadamente. Si uno no manifiesta simpatía por el paciente, ¿cómo puede esperar que éste le revele los aspectos más íntimos y vulnerables de su vida mental y emocional?

Es difícil responder a esto. El hecho de estar atento a todo lo que diga el paciente y el hecho de tratar de comprenderlo todo el tiempo son las mejores manifestaciones indirectas de simpatía hacia el paciente. No es preciso verbalizarlo; pero debe sentirlo el yo razonable del paciente.

Pero los terapeutas analíticos competentes son también humanos con flaquezas y defectos. Lo esencial para la técnica analítica es que el analista conozca sus defectos. Deberá ser en especial vigilante en situaciones que sepa potencialmente difíciles para él. Si comete errores, debe reconocerlos y comunicárselo al paciente a su debido tiempo. Después habrá que analizar cuidadosamente las reacciones del paciente a la falla del analista.

En resumen: el analista tiene dos tareas simultáneas, esencialmente contrarias entre sí. Tiene que salvaguardar la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo. Para salvaguardar la transferencia tiene que conservar su anonimato y su actitud de privación con respecto a los deseos neuróticos de satisfacción del paciente. Para salvaguardar la alianza de trabajo tiene que defender los derechos del paciente, mostrar una actitud terapéutica consecuente y conducirse de un modo humano.

VIII.7.3. ¿Cuándo analizar la transferencia?

1. Cuando es una resistencia

Algunas reacciones de transferencia causan resistencias, otras aparecen como resistencias, otras hacen de resistencias contra otras formas de transferencia, y algunas resistencias sirven para ocultar reacciones de transferencia. El punto técnico importante es que siempre que una reacción de transferencia de cualquier tipo se opone a la labor analítica, cuando su función predominante es de resistencia, o cuando tiene un importante, aunque no predominante fin destructivo, hay que analizar la transferencia. Pero, hay que tener en cuenta la alianza de trabajo; es decir que la resistencia de transferencia se analiza sólo cuando haya presente un Yo razonable, una alianza de trabajo.

Si la resistencia de transferencia es importante pero no demostrable, nuestra primera tarea consistirá en hacerla demostrable. Por lo general, el silencio de parte del analista basta para dar fuerte relieve a la resistencia de transferencia. Si el silencio no lo logra, la confrontación hará que el paciente tenga conciencia de la resistencia de transferencia, por ejemplo con intervenciones como “Parece usted tener miedo de hablarme francamente de tal y tal cosa” o “Parece estar rehuyendo sus sentimientos para conmigo”, etc. Si estos dos métodos no bastan, puede tratarse de **intensificar la resistencia transferencial** haciendo preguntas acerca de la parte que el paciente trata de evitar. En general, se espera que la resistencia alcance a un nivel de intensidad suficiente para que el paciente tenga la convicción cuando es confrontado con él.

Aunque todos tipos de reacciones de transferencia pueden producir resistencias, en general, las egosintónicas producirán resistencias porque la egosintonía tenderá a impedir que el paciente escinda un Yo observador cuando el analista trate de hacerle laborar con la transferencia. Entonces el paciente puede defender, justificar o negar la relación de transferencia como material apropiado para el análisis. Es particularmente probable que ocurra en las reacciones de transferencia sutil y crónica, como en el caso de los pacientes que no pueden tolerar durante mucho tiempo la transferencia negativa.

Las reacciones de transferencia intensamente emocionales pueden también producir resistencias. Los pacientes que se debaten en la agonía de un amor o un odio intensos tal vez deseen simplemente descargar esas emociones en el analista y no tengan deseos de analizar, de obtener *insight*. De otra parte, el amor y el odio intensos pueden ser productivos como reacciones de transferencia si puede mobilizarse y mantenerse una alianza de trabajo a pesar de los fuertes sentimientos. Pero en general, la transferencia negativa, hostil y agresiva es más probable que produzca resistencia y una perturbación de la alianza de trabajo que sentimientos positivos. Los impulsos pregenitales ocasionarán mayores resistencias que los impulsos de madurez mayor.

El masoquismo es una gran fuente de resistencia, así como el temor a los anhelos homosexuales primitivos y el odio primitivo a la madre en los hombres, y la envidia del pene y el amor primitivo a la madre en las mujeres.

2. Cuando se alcanza un nivel óptimo de intensidad

El analista dejará desarrollar la reacción transferencial hasta que llegue a un nivel óptimo de intensidad. El “nivel óptimo de intensidad” no se refiere a una cantidad dada sino que depende del estado del Yo del paciente y de lo que el analista trate de conseguir en el momento elegido. Esencialmente, queremos que la experiencia de la transferencia sea emocionalmente significativa para el paciente, pero sin que lo abrume. Queremos efecto, no trauma.

Las intensidades menores de reacciones de transferencia pueden conducir a negación, aislamiento, intelectualización y otras resistencias defensivas. Las intensidades mayores a estados traumáticos, reacciones de pánico y las regresiones y evasiones subsiguientes.

Importa comprender que la capacidad del paciente de soportar fuertes emociones de transferencia variará en el curso del análisis; recién empezado el análisis, el paciente puede aguantar intensidades menores que cuando está más avanzado. De todos modos, es necesario que el analista empaticé con el paciente para poder evaluar la fuerza de su Yo en un momento dado y sepa cuándo intervenir.

La índole de la reacción de transferencia puede indicar también qué intensidad de sentimientos puede resistir el paciente. Generalmente, si la reacción de transferencia es infantil, deberá interpretarse pronto. Algunas reacciones de transferencias odiosas y homosexuales pueden necesitar intervención más temprana que otras.

La aparición súbita de nuevos sentimientos de transferencia que aturden al paciente y le provocan angustia y vergüenza requerirá una intervención más rápida. Un paciente es más propenso a sentirse abrumado por sentimientos intensos de transferencia cuando su Yo está relativamente agotado por algún suceso externo. La enfermedad de un hijo que moviliza sentimientos de culpabilidad y hostilidad inconscientes es un caso de éstos.

La intensidad óptima dependerá también de la frecuencia de las visitas del paciente y de cuán cerca esté la próxima. Antes de una festividad o fin de semana intervendremos más pronto (e impediremos una reacción de transferencia demasiado intensa) que lo que haríamos si el paciente tuviera la próxima hora analítica al día siguiente.

3. Cuando nuestra intervención añadirá nuevo *insight*

En las situaciones de transferencia que son transparentes en su significado para el analista pero oscuras para el paciente y cuyo significado sería accesible para el paciente.

¿Cuándo sentimos que podemos añadir un nuevo *insight* significativo a la situación transferencial? Para responder a ésta hay que considerar el estado de la alianza de trabajo del paciente y la claridad del material de que se hará la interpretación o aclaración.

Existen otras características del material de transferencia que indican la necesidad de nuevos *insights*: el descubrimiento de otros fuertes afectos, contradicciones, repeticiones, semejanzas, simbolismos y asociaciones claves en las producciones del paciente.

La transferencia se interpreta cuando la reacción transferencial contiene los afectos más fuertes en comparación con el resto del material del paciente. Los afectos en la sesión analítica son indicadores más seguros que en los sueños. La ausencia de afectos donde serían de esperar indica también que se necesita algo de la labor analítica. Otro tanto puede decirse de los afectos impropios.

Las asociaciones claves se caracterizan por parecer más espontáneas, improvisadas y sorprendentes que las demás. A veces enlazan de modo sobrecogedor con las asociaciones del analista, y eso indica que tal asociación es potencialmente significativa, y se puede interpretar.

VIII.7.4. Los pasos técnicos para el análisis de la transferencia

Hasta aquí hemos visto dos cuestiones importantes relativas al manejo de los fenómenos de transferencia: por qué y cuándo analizamos transferencia. Ahora llegamos al corazón del problema técnico: **cómo** analizamos la transferencia.

Se describirá un orden de procedimiento ideal y simplificado, aunque cada uno de los pasos pueda provocar nuevas resistencias que requerirán tratamiento e interrumpir la sucesión ideal de los acontecimientos. No obstante, este esquema de pasos técnicos podrá servir de guía, aun cuando los sucesos de la práctica clínica nunca se den tan ordenados.

Para analizar los fenómenos de la transferencia tenemos que ejecutar las mismas medidas técnicas esenciales para el análisis de cualquier fenómeno psíquico; hay que hacer ver el material (confrontación o señalamiento), aclararlo, interpretarlo y translaborarlo.

1. Presentación de la transferencia. Es imperativo, como primer paso en el análisis de la transferencia, que el paciente se vea frente a sus reacciones de transferencia y tenga conciencia de ellas, es decir que se dé cuenta de que es precisamente su reacción al analista la cuestión objeto del debate. Si de alguna manera el paciente ignora las reacciones de transferencia que deseamos investigar, hay que señalarlas. Varias medidas técnicas pueden servir de ayuda para ello.

a) Silencio y paciencia. Con mucha frecuencia, el paciente reconocerá espontáneamente una reacción de transferencia si uno espera que aumente la intensidad de sus sentimientos. Hay en todo análisis ocasiones en que es necesario que el mismo paciente se dé cuenta de sus reacciones de transferencia y dónde sería impropio que el analista se las señalara. Así, se favorece también la participación activa del paciente a la labor analítica. Además, el silencio y la paciencia del analista también iluminarán cualquier resistencia importante que podrían oscurecer las intervenciones demasiado enérgicas por parte del analista.

b) La confrontación. Si hemos esperado suficientemente y la reacción de transferencia es bastante vívida para el paciente, y no parece provocarle resistencia apreciable alguna, el analista tratará de enfrentarlo a dicha reacción de transferencia. Dirá algo así: "Parece usted enojado o resentido conmigo, parece que siente afecto o cariño por mí, parece sentir amor, u odio, por mí, etc."

Si la reacción de transferencia que se desea hacer ver al paciente es una resistencia de transferencia, se le muestra este hecho. Se le señala que parece estar evitando alguna actitud o algún sentimiento relacionado con el analista, o si el analista sabe concretamente cuáles son los sentimientos que trata de evitar, le dice al paciente. El analista dice por ejemplo al paciente: "Parece usted luchar con sentimientos de amor (de odio) relacionados conmigo", o "Parece que tiene usted dificultad en expresar su amor (odio) por mí", etc.

Si el analista no está seguro de la índole de los sentimientos de transferencia pero tiene la impresión de que el tema de la sesión es la transferencia y que si no hay indicios de que deba callar, puede hacer la confrontación diciendo: "Me pregunto si no tendrá usted algún sentimiento o reacción para conmigo que no se revela" o "Tengo la impresión de estar envuelto en sus pensamientos y sentimientos" o simplemente: "¿Qué siente usted acerca de mí?" o "¿Qué sucede en este momento en relación conmigo?"

c) La aplicación de la evidencia. Sólo se recurre a las pruebas para convencer a un paciente de que tiene una reacción de transferencia cuando de otro modo el paciente podría sentir como que el analista tiene facultades misteriosas. Suele emplearse este método al principio del análisis, como un medio de indicar al paciente cómo trabaja un analista, para que supere sus ideas acerca de la magia del analista y para ayudarlo a la formación de un alianza de trabajo. Así se puede decir a un paciente por ejemplo: “Su falta de sentimientos sexuales para con su marido (o esposa) y sus sueños y fantasías de amor conmigo demuestran que está usted interesado sexual y amorosamente en mí”.

Cuando el analista señala el odio o la cólera del paciente para consigo mismo, el paciente puede volverse resistente y negarse a reconocer esta reacción de transferencia sobre todo en las primeras fases del análisis y en lugar de ello se sentirá criticado. Entonces hay que seguir la pista de este sentimiento de transferencia de ser criticado antes de poder volver al señalamiento de la transferencia negativa.

También es importante dar tiempo al paciente de reaccionar a la intervención. Esto es válido con intervenciones de cualquier tipo, pero sobre todo con las interpretaciones o intervenciones relativas a la transferencia. Siempre es posible asegurarse de que queda tiempo suficiente en la sesión para que el paciente reaccione ante una intervención a la transferencia. No hay que reaccionar inmediatamente a su primera respuesta, ya que muchas veces los pacientes responden rápidamente con un sí o un no impulsivo y después, poco a poco, mientras uno los escucha, va comprendiendo que su primera respuesta no era pensada ni exacta. Por lo general refleja sometimiento o desafío.

Hay que poner cuidado no sólo a lo que dice sino a cómo lo dice. Si la confrontación es acertada, el paciente estará de acuerdo con el analista y la aceptará no sólo verbal, también emocionalmente; y añadirá ciertos detalles o recuerdos u otros perfeccionamientos a las confrontaciones. Si la confrontación es justa y accesible al paciente, se puede pasar al siguiente procedimiento técnico en el análisis de la transferencia.

2. Clarificación de la transferencia. Una vez ha reconocido el paciente su implicación en una reacción de transferencia se puede empezar la clarificación de la transferencia. Ahora deseamos que el paciente afine, ilumine, profundice y llene el cuadro de la transferencia. Hay dos modos principales de enfoque.

a) Búsqueda de los detalles íntimos. Nuestro objetivo último al analizar la reacción de transferencia es poder interpretar los orígenes históricos de ese fenómeno. Los detalles íntimos de la reacción de transferencia conducen a afectos, impulsos y fantasías inconscientes en el paciente. Pedimos a éste, que refine, retoque y estudie lo mejor que pueda los sentimientos que tiene para nosotros. Le pedimos también que incluya las asociaciones que puedan presentársele mientras trata de

hacerlo. Cuando el paciente precisa, aclara cómo odia o ama al analista, da detalles de sus pensamientos y fantasías, muchas veces se acordará de personajes y eventos de su pasado donde había sentido cosas similares o las había negado. El analista hace preguntas sobre los detalles de la transferencia, sin ser ni vulgar ni ambigua, con un tono de voz ni crudos ni tímidos. Cada persona tiene matices y pensamientos y fantasías diferentes alrededor de conceptos de: hostilidad, odio, rechazo, abandono, desprecio, antipático, agresividad, destructividad, furia, matar, cólera, rabia, humillación, vergüenza, miedo, angustia, envidia, enojo, resentimiento, desquite, disgusto, porquería, malestar, insatisfacción, bienestar, simpatía, respeto, satisfacción, gusto, contento, alegre, aceptado, amado, amor, besar, hacer el amor, sexual, órganos genitales, etc.

Siempre que los impulsos de transferencia surgen en el análisis, nuestra tarea consiste en ayudar al paciente a esclarecerlos en lo relativo a la naturaleza exacta del impulso instintual, su objetivo, zona y objeto; la clase de sentimientos y cantidad de emoción que entran en ellos. ¿Qué es exactamente lo que siente el paciente y qué es lo que fantasea? Es una actitud abierta, clara, franca, sin temor ni encogimiento, sin crudeza ni timidez. Somos exploradores, pero debemos preservar y no destruir lo que estamos explorando. Debemos servir de modelo al paciente, para que algún día sea capaz de plantearse cuestiones del mismo género.

Es necesario repetir que las resistencias pueden aparecer en todas y cada una de las fases en nuestro intento de lograr la aclaración. Si la resistencia es significativa y resulta un atolladero, la labor de aclaración debe cesar, para proceder al análisis de la resistencia. Por tentador que sea el contenido del material, hay que analizar primero las resistencias importantes. De otro modo, los *insights* no tendrán sentido para el paciente.

b) En busca de lo que pone en marcha la transferencia. En ocasiones, el descubrimiento de característica o trozo de comportamiento o idiosincrasias personales del analista (incluyendo el tono de voz y el matiz emocional que perciben en las expresiones) que desencadena la transferencia puede ser útil para buscar y interpretar la fuente histórica inconsciente en el pasado del paciente. El desencadenador de la transferencia puede ser una ayuda valiosa, pero sólo es un medio, no un fin en sí. Además, no hay que olvidar que, a veces, el comportamiento del analista provocará una reacción en el paciente que no sea fenómeno de transferencia ya que puede ser una respuesta apropiada. En estos casos, el analista tiene que reconocer lo acertado; pero en todo caso debe analizarse, es decir, aclararse e interpretarse, la reacción del paciente.

En cierto sentido, todas las reacciones de transferencia son desencadenadas por algún aspecto de la situación analítica. Éste se dispone de modo que facilite las percepciones erróneas regresivas y resucite las reacciones olvidadas del paciente a objetos del pasado. Hay veces en que no es necesario ni útil separar y aclarar lo que provocó la

reacción de transferencia. Basta con analizar el fenómeno de transferencia.

3. Interpretación de la transferencia. Llegamos ahora al procedimiento técnico que distingue el método analítico de todas las demás formas de psicoterapia, la interpretación. Todos los demás procedimientos técnicos utilizados en la terapia analítica son la labor preparatoria que hace posible la interpretación. Es más, cualquier otro artificio técnico tiene que llegar a ser sujeto de análisis, y sus efectos sobre el paciente han de ser interpretados.

Dentro del marco del psicoanálisis, interpretar significa hacer consciente un fenómeno psíquico inconsciente. Interpretamos la transferencia descubriendo la historia inconsciente, los antecedentes, los orígenes, los fines y las interconexiones de una reacción de transferencia dada. Esto no se realiza de un solo paso, sino que es un largo proceso. Mediante la demostración o señalamiento y la aclaración tratamos de hacer que el Yo racional del paciente observe una situación psicológica preconsciente y de fácil acceso. En la interpretación pedimos al paciente que vaya más allá de lo fácilmente observable y asigne significación y causalidad a un fenómeno psicológico.

Las interpretaciones, para que sean eficaces, no deben ir más allá de los límites de comprensión, de entendimiento emocional del paciente (ver el capítulo V sobre interpretación). Una interpretación es una **hipótesis** que requiere de las reacciones del paciente para su verificación. Las aclaraciones conducen a interpretaciones, y éstas a su vez a nuevas clarificaciones. Con frecuencia, cuando el analista trata de hacer que el paciente aclare un fenómeno dado, éste tropezará con su interpretación, el significado inconsciente. Estos *insights* alcanzados activamente por el paciente tienen más significado para él que los ofrecidos por parte del analista, porque, al lado del dolor del pasado, procura vivencias de experiencia analítica y cierta realización, hasta cierto gozo del análisis. De modo análogo, la exactitud de una interpretación habrá que verificarse a menudo con nuevo material complementario del paciente.

Si la demostración y la aclaración de la reacción de transferencia no conducen directamente a la interpretación, es necesario que el analista se dirija hacia el descubrimiento de la historia de esa reacción de transferencia. Hay tres procedimientos valiosos para descubrir la historia de una reacción de transferencia: a) buscar los afectos e impulsos que en ella entran; b) rastrear los antecedentes de las figuras de transferencia; y c) explorar las fantasías de transferencia. Estos tres procedimientos suelen fundirse y mezclarse uno con otro. Para mayor claridad se describirán por separado.

a) Estudio de los afectos, impulsos y actitudes. Para descubrir la causa inconsciente de una reacción de transferencia se pueden explorar

los afectos e impulsos que en ella intervienen preguntando al paciente: “¿Dónde tuvo usted este sentimiento o impulso anteriormente?” o “¿Qué se le ocurre si deja vagar sus pensamientos en relación con estos sentimientos o impulsos?” Las asociaciones ante esta pregunta o a veces espontáneas ante el silencio pueden darnos la respuesta. Al empezar el análisis suele ser necesario hacer las preguntas. Después parece como si el paciente se las hiciera solo, calladamente.

El descubrimiento de la actitud transferencial puede buscarse de un modo análogo al que se ha descrito para los afectos e impulsos. Podríamos así tratar de desentrañar la historia oculta de cuándo y cómo surgieron en la vida del paciente actitudes como la pasividad, la docilidad, el desprecio, etc. Es más difícil descubrir material acerca de las actitudes, en general, porque con demasiada frecuencia ellas también son egosintónicas. Suele ser necesaria volver la actitud ajena al Yo antes de que podamos esperar que el paciente esté en condiciones de producir información significativa en sus asociaciones.

b) Búsqueda de los antecedentes de la figura transferencial. Para determinar las diferentes personas que provocaron una reacción particular de transferencia se puede preguntar al paciente: “¿Con quién se sintió usted así anteriormente?”, o ¿cuándo sintió usted eso anteriormente? Respondiendo a estas dos preguntas se espera determinar a qué objetos pasados y en qué circunstancias fue apropiada una determinada reacción.

La reacción de transferencia del paciente no es apropiada para el analista pero sí para alguien del pasado. Porque sabemos que todos los fenómenos de transferencia se derivan de experiencias o fantasías habidas con las personas claves de los primeros años, así como con sus equivalentes y derivados. No siempre esperamos llegar de inmediato a los objetos originales, pero sí hallar algún objeto intermedio que acabará por llevarnos al origen. No hay orden cronológico establecido para la aparición de los antecesores de la figura de transferencia. Además, una reacción de transferencia dada suele tener antecedentes múltiples, y todas han de ser analizadas para descubrir la cabal intensidad y complejidad de la reacción transferencial. Los objetos del pasado no son únicamente la madre y el padre, pueden ser también los maestros, los hermanos y las hermanas, los primos, los vecinos, los amigos de la familia, los abuelos, los tíos, los compañeros del barrio o de escuela, etc.

c) Exploración de las fantasías de transferencia. El paciente puede aclarar espontáneamente sus fantasías acerca del analista, pero a veces es necesario hacer que el paciente enfoque directamente sus fantasías, en particular cuando los afectos, impulsos u objetos de transferencia parecen vagos, inaccesibles o improductivos.

Con mucha frecuencia, cuando tenemos que laborar por cierto período de tiempo en el análisis de una resistencia determinada podemos abordar la resistencia en cuestión preguntando: “¿Cómo lo espanto hoy a usted?”, que en realidad significa cuáles son las fantasías que tiene hoy acerca de mí.

Cada intervención no logra necesariamente que el paciente o el analista descubran afectos, impulsos, actitudes, objetos o fantasías concretos. Muchas veces sólo puede uno decir al paciente que tiene la impresión de que está luchando con ciertos sentimientos respecto del analista. Puede aquel aceptarlo o rechazarlo, y las producciones asociativas acaso no conduzcan inmediatamente a ningún material inconsciente bien delimitado. Tal vez hagan falta varias sesiones para que resulte interpretable cierto aspecto concreto de la transferencia.

4. Elaboración o translaboración de las interpretaciones de la transferencia. La experiencia clínica nos enseña que ninguna interpretación de la transferencia, aunque sea perfectamente atinada, es eficaz durante un largo período de tiempo si es única. Hay que repetirla muchas veces para que llegue a ser eficaz. Además, ninguna interpretación por sí sola puede explicar plenamente una reacción de transferencia del paciente. En el mejor de los casos, una sola interpretación de la transferencia es sólo una explicación parcial. Para lograr la comprensión plena y un cambio duradero en el comportamiento del paciente se requiere la elaboración o la translaboración de las interpretaciones.

a) Consideraciones de índole teórica. El proceso de la translaboración se refiere básicamente a la repetición y elaboración de *insights* obtenidos por la interpretación. Es particularmente necesaria la repetición cuando se intenta analizar y vencer las resistencias de transferencia. Esto se debe a la renuencia del Yo a abandonar las defensas antiguas y osar enfoques nuevos. El Yo necesita tiempo para dominar las angustias antiguas y confiar en sus nuevas capacidades de adaptación. Las resistencias son tenaces, vuelven fácilmente cuando algún "imponderable" de la vida cotidiana modifica el equilibrio de poder en relación con el Ello o el Superyó. El Yo requiere tiempo para absorber experiencias nuevas con el fin de cambiar.

Para entender más a fondo el significado de la reacción de transferencia es necesario descubrir y rastrear sus muchas transformaciones y ramificaciones. La sobredeterminación y las funciones múltiples de los fenómenos de transferencia se encargan de esto. Así, por ejemplo, tenemos que interpretar el significado del comportamiento del paciente en la situación de transferencia en curso y después estudiar esta misma reacción en relación con la figura original de transferencia y todas las intermedias.

b) Procedimientos técnicos: investigación y reconstrucción. En el proceso de translaboración puede utilizarse todo tipo de procedimiento técnico, pero son dos los más importantes: la búsqueda de la interpretación y la reconstrucción transferenciales. En todas las sesiones que siguen a una nueva interpretación de la transferencia, el analista tiene que averiguar lo que ha pasado con la transferencia después de la nueva interpretación. Una nueva interpretación de la transferencia tiene que tener repercusiones y por ende representación en la sesión

siguiente. La interpretación podrá ser acertada o errada, insuficiente o excesiva; en todo caso habrá algún derivativo de la interpretación a la sesión siguiente. La única excepción puede ocurrir cuando algún suceso imprevisto e importante de la vida cotidiana se produce fuera del análisis y usurpa temporalmente el dominio supremo de la situación analítica. De otro modo, una interpretación nueva o diferente de la transferencia suscitará algún cambio en los recuerdos, sueños, asociaciones, fantasías o resistencias del paciente.

Hay una relación muy estrecha entre interpretación y reconstrucción, y a menudo es imposible separarlas. También hay una relación especial entre la reconstrucción y las relaciones de transferencia. Los fenómenos de transferencia son siempre repeticiones del pasado real o fantaseado; el paciente repite con su analista lo que no puede y no quiere recordar. Su comportamiento transferencial es por eso particularmente apropiado para las reconstrucciones del pasado.

En el proceso de translaboración se elaboran, ahondan e interconectan las distintas interpretaciones para hacer más comprensible algún aspecto del comportamiento del paciente. Al tratar de dar significación a un fragmento de este comportamiento suele ser necesario reconstruir, partiendo de las reacciones de transferencia del paciente, de sus sueños, asociaciones, etc., algún trozo olvidado de su vida pasada. Pero, esta reconstrucción puede no corresponder totalmente a la realidad, sino a la realidad psicológica de su niñez. Por ejemplo, muchas veces, los niños pequeños proyectan su agresividad intensa sobre sus padres y así pueden “recordar” los padres de su niñez como personas demasiado crueles que no fueron.

Las buenas reconstrucciones son una valiosa ayuda en la aceleración del avance de la translaboración. Una reconstrucción acertada conduce a nuevos recuerdos o nuevo material en forma de sueños, asociaciones, nuevas formas de resistencia o cambios en la imagen de sí mismo. Las reconstrucciones han de hacerse con tiento. No pueden ser demasiado rígidas, y el analista siempre tiene que estar dispuesto a enmendar, modificar o abandonar una parte de la reconstrucción según las respuestas clínicas del paciente.

VIII.7.5. Problemas especiales en el análisis de las reacciones de transferencia

Desde su creación, el psicoanálisis se adaptó en muchas más áreas de aplicación clínica que las “neurosis de transferencia” que Freud había indicado. Entre las nuevas aplicaciones podemos contar el psicoanálisis de los niños, de los adolescentes, de personalidades narcisistas, delincuentes, limítrofes, y hasta psicóticos. Cada uno de estas adaptaciones tiene sus modificaciones en la parte técnica. Nosotros no

estudiaremos estos casos ni modificaciones de la técnica analítica. Estudiaremos problemas especiales en el análisis de las reacciones de transferencia que pueden ocurrir durante el análisis de personas “analizables” según los criterios que hemos definido.

1. Crisis emocionales graves y reacciones peligrosas. Los sentimientos de transferencia del paciente pueden alcanzar durante cierto tiempo una intensidad que impide al paciente el empleo de su facultad de separar el Yo razonable del Yo experiencial. Esto suele suceder en la revivencia de la neurosis infantil. Luego nuestra misión terapéutica es contribuir al restablecimiento de un Yo razonable. Muchas veces, la mejor técnica es esperar, dar al paciente la oportunidad de descargar sus sentimientos lo más cabalmente posible. A veces incluso será necesario o conveniente dejar que el paciente sobrepase los límites de la sesión. Importa que la actitud y el tono del analista sean pacientes, compasivos y firmes, ni de crítica ni melosos. No hay que hacer ningún intento de interpretación mientras no parece presente ni accesible un Yo razonable. Cuando vuelve el Yo razonable, se puede interpretar, según el paciente, sabiendo que la fuerte tormenta emocional es una reactivación de una situación pasada, un duplicado exacto o una deformación a medida del deseo.

En el caso de actuaciones peligrosas, se puede hacer una interpretación si uno cree que está acertada y puede calmar el paciente, sino con el tono firme, aunque compasivo, se le pida favor de seguir trabajando para analizar y no seguir actuando.

2. Reacciones del paciente a la separación. Sabemos que nuestros pacientes reaccionarán emocionalmente a todas las separaciones del analista. Algunos lo hacen como si el fin de semana fuera una fiesta, y otros como si fuera un abandono.

Para algunos pacientes, el fin de semana es ocasión de **festejar**, un carnaval, un descanso, un respiro. Es evidente que cuando esto ocurre es señal de que la labor analítica se está ejecutando con una resistencia constante, con un resentimiento latente por el tratamiento analítico, que se ha estado desarrollando calladamente en todo el intervalo de labor. Esto indica que el analista debe ser algo parecido a una entidad crítica superyoica para el paciente, quien ha estado laborando en el análisis como a la fuerza, sintiéndose obligado o coaccionado, y se ha sometido sin manifestar su sumisión. El paciente puede o no tener conciencia de esto, pero su reacción ante la vacación que se avecina lo muestra claramente.

Cuando el analista representa una figura crítica superyoica para el paciente, el comportamiento de éste durante el fin de semana se compondrá de toda la suerte de libertades instintuales. Habrá plétora de

actividades libidinales y agresivas, por lo general con un tinte regresivo e infantil. La sesión de lunes resulta entonces una hora de confesión y expiación.

Para muchos pacientes, los fines de semana o el intervalo entre las sesiones analíticas denotan la **pérdida de un objeto de amor**. Con frecuencia reacciona al fin de semana como si entrañara un rechazo por parte del analista, como si él fuera de vacaciones y abandonara y dejara el paciente. Para este paciente, la hora del lunes significa un enfrentamiento entre él, el excluido, el agraviado, y el analista rechazador y ofensor. Para los pacientes neuróticamente deprimidos, la hora del lunes puede representar también una reunión con el objeto de amor perdido y parecer una bienaventuranza.

En muchos pacientes, el fin de semana reaviva la situación edípica. Para ellos, el fin de semana es una escena primaria de que han sido excluidos. Luchan con sus sentimientos incestuosos, o tienen otros de culpa, angustia o depresión, o quizá actúan en alguna forma o algún otro aspecto de la situación edípica. Algunos pacientes se debaten con deseos de muerte inconscientes y están angustiados y abrumados por su culpabilidad los lunes cuando se ven con su analista. Unos están tristes y deprimidos por la exclusión. Otros hostiles y llenos de envidia celosa, enmudecen por su hostilidad y su resentimiento, o tratan de mostrar alegría como una formación reactiva y negación. Algunos tienen reacciones somáticas en los fines de semana a manera de intento de descargar emociones o pulsiones de otro modo inaccesible. La pérdida de un objeto de amor en los fines de semana puede sentirse asimismo en nivel oral o anal (abandono, necesidad de alimentación, retención, acumulación y oferta como regalos). La tarea consiste en advertir la relación que puedan tener las reacciones de fin de semana con la situación de transferencia y hacer que el paciente se dé cuenta de ella.

Para algunos pacientes en estado de regresión relativamente grave, como una intensa neurosis de transferencia infantil o casos límites, la ausencia del analista puede ser como una pérdida en las funciones del Yo. Entonces el analista ha estado haciendo de Yo auxiliar y la separación puede ocasionar una pérdida de la comprobación de la realidad, desorientación, despersonalización, pérdida de identidad, etc. Tal vez fuera necesario ver a esos pacientes durante el fin de semana o tener contacto telefónico con ellos. A veces basta con saber el paradero del analista para que sea innecesario convenir su remplazo por un sustituto.

Hay pacientes que dejan de laborar los viernes, de acuerdo con la fórmula "yo te dejo antes de que me dejes tú". No es raro que esos pacientes cancelen su última cita antes de la vacación del analista.

Las reacciones de los pacientes a la última y a la primera sesión de la semana cambiarán con el curso del análisis.

De otra parte, tenemos que tomar en cuenta que la interpretación hecha en viernes o antes de unas vacaciones se le deja al paciente para que la maneje por sí durante cierto tiempo. Por eso, la dosis de nuevos y dolorosos *insights* deberá ser menor que si la misma interpretación se hiciera otro día regular de trabajo.

3. Reacciones de transferencia intratables. La causa más frecuente de estancamiento es la reacción de transferencia rebelde al tratamiento. Una variedad especial de resistencia a la transferencia que se distingue por ser fija, terca e inmovible a pesar del tratamiento, al parecer adecuado. Estos pacientes no alcanzan a formar una alianza de trabajo y las reacciones de transferencia muy intensas que desarrollan fueron calificadas de **psicosis de transferencia**. Estos casos pueden presentarse con las personas que tienen caracteres adictivos, guiados por sus impulsos, con tendencias psicóticas que no se revelan en las entrevistas iniciales.

El tratamiento de psicosis de transferencia o de caos de psicosis depende de la formación del terapeuta en estas áreas, teorías que maneja y de experiencia que tenga. Muchos analistas kleinianos o poskleinianos siguen con su actitud analítica habitual. Otros cambian de técnica, interpretan menos la infancia del paciente, focalizando más en la vida actual y en el aquí ahora de las sesiones. Otros abandonan la terapia analítica y aplican una terapia de apoyo, tratan de reforzar las defensas, así como las demás funciones yoicas ofreciéndose como Yo y Superyó auxiliar obvio. El tratamiento se hace entonces cara a cara, sin utilizar el diván, con una actitud firme, franca, amistosa, haciendo ver sus errores de juicio y pensamiento y ofreciéndoles mejores alternativas. Uno se convierte en su mentor y su guía. Estos pacientes, por la identificación con el terapeuta, pueden mejorar lentamente sus funciones yoicas y junto con ellas, su capacidad de tener relaciones de objeto más maduras.

El **carácter obsesivo** que ha separado todas sus emociones de la vida cotidiana y que vive sólo por las ideas y el pensamiento puede presentar resistencias de transferencia intratable. Este tipo de paciente tiene una resistencia tan hondamente arraigada a todas las reacciones emocionales que tiende a la reacción recíproca con las personas solamente en un plano intelectual. Siente toda emoción espontánea como un peligro que debe combatirse, sólo el pensamiento y la vigilancia

son confiables y virtuosos. En algunos casos, este modo de vivir ha adquirido tales proporciones que tenemos la impresión de estar tratando con una computadora y no con un ser humano.

Los errores debidos a la contratransferencia se presentan cuando el analista reacciona inconscientemente a su paciente como si éste fuera una persona importante en la historia temprana del analista (contraidentificación proyectiva) y no se da cuenta durante tiempos largos. La prolongada interferencia contratransferencial induce necesariamente errores de técnica del terapeuta y puede provocar reacciones de transferencia intratables en el paciente.

CAPÍTULO IX.

ETAPA FINAL DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La más problemática y ambigua de las tres etapas es, indudablemente, la final. El problema clave es el de la separación, y los interrogantes más importantes son estos dos: 1) ¿Admite al terapia psicoanalítica una conclusión natural, y, de ser así, cuáles son sus características? 2) ¿Qué elementos indican que se ha producido la “cura”?

La mayor parte de los psicoterapeutas consideran que la terapia admite una conclusión natural. Pero hay más desacuerdos en cuanto a la naturaleza de la “cura”; a decir verdad, el concepto en sí es totalmente rechazado por muchos. Tal vez el único aspecto en que hay coincidencia general es que la separación es el tema central a tratar en la etapa final.

Como la experiencia de la finalización de la terapia puede provocar en el paciente emociones tan profundas como conflictivas, a menudo el paciente se ve fuertemente motivado para evitarla por completo. En ciertos casos, dispone las cosas de manera tal de dificultarla (p. ej., aceptando un trabajo en otra ciudad); a veces decide poner fin al tratamiento de manera precipitada; y a veces el terapeuta actúa como cómplice, procurando entre ambos evitar la experiencia drástica del término del tratamiento (ocurre que dicha experiencia puede también despertar profundos y complejos sentimientos en el terapeuta). Un modo de evadir la realidad de la situación consiste en fijar una fecha basada en circunstancias extrínsecas a la terapia (como las vacaciones largas del año). Lo ideal es que ninguna consideración extrínseca a la terapia (como la necesidad que tiene el terapeuta de reemplazar a un paciente por otro) influya en lo más mínimo en un aspecto tan delicado como la terminación del tratamiento; pero en la práctica, suelen intervenir ese

tipo de consideraciones. Esto es lamentable, y a veces llega a constituir una falta de ética, porque se pierde una oportunidad muy valiosa de fomentar el bienestar del paciente.

¿Cuáles serían los criterios básicos para fijar el momento ideal de terminación de la terapia? Desde el punto del paciente, por lo general dichos criterios se basan, en primer término, en las razones que lo impulsaron a iniciar la psicoterapia, y en sus expectativas sobre los resultados que podría obtener. Las expectativas del paciente haya sido o no examinadas anteriormente en la terapia, y que hayan sido o no objeto de análisis, rara vez el paciente experimenta la sensación de que todas ellas han sido satisfechas. Además, en el curso de un tratamiento prolongado por lo común dichas expectativas se han modificado. La terapia puede hacer aflorar determinados problemas que en un comienzo no eran relevantes, o alterar su importancia, haciendo que algunos de los conflictos iniciales parezcan menos graves y apremiantes que otros surgidos con posterioridad. Asimismo, sucede con frecuencia que el síntoma que motivó en el paciente su búsqueda de tratamiento persiste, pero el papel que desempeña en su existencia se modifica de manera tal que, por así decirlo, puede seguir viviendo con él.

Los interrogantes críticos son los siguientes: ¿Cuándo puede considerarse “suficientemente curado” el paciente? ¿Cuándo habrá adquirido suficientes fuerzas como para vivir bien sin el tratamiento? ¿Cuándo habrá adquirido conciencia y control suficiente de sus realidades interna y externa? ¿Cuándo habrá alcanzado el mayor grado posible de autonomía relativa? No es fácil dar respuesta cierta a estos interrogantes, y siempre habrá alguna ambigüedad e incertidumbre.

De otra parte, el desarrollo de la terapia psicoanalítica en sí puede no guardar mayor relación con el estado del paciente (sus problemas, dificultades y síntomas), o ser relativamente independiente de aquel. Esto significa que la terapia puede seguir libremente su curso natural sin que se produzca una alteración sustancial en la conducta del paciente y su experiencia fuera de ese contexto. Se puede pensar que aceptar este principio es un verdadero desafuero, entonces ¿qué fin cumpliría la terapia? Esto suele suceder, aunque en raros casos; y no implica, necesariamente, que en esos casos la terapia haya carecido de eficacia, pues (y este es el factor clave) sus efectos pueden solo revelarse una vez concluido el tratamiento. La mayoría de nuestros pacientes experimentan una serie de cambios -a veces enormes- en el curso del tratamiento, pero en ciertos casos esos cambios solo se producen con posterioridad a él.

El fenómeno admite varias explicaciones. Algunos pacientes elaboran una transferencia muy intensa y no pueden resolverla en un grado suficiente durante la terapia propiamente dicha. Ello puede ser o no función del hecho de que la transferencia, por lo general, tiene una base de realidad (o componente real) que, por consiguiente, elude el análisis. Sea como fuera, el estado del paciente puede modificarse en grado mínimo durante la terapia. Posteriormente, empero, cuando el paciente ya no tiene sesiones, los procesos y fuerzas latentes pueden ejercer su

influencia. A falta de una estimulación real, disminuirá su intensidad, y el fenómeno de transferencia comenzará a debilitarse, con lo cual podrán producirse cambios que no son sino el resultado tardío de la terapia.

Según otra de las explicaciones propuestas, el paciente mismo utiliza la terapia como suerte de defensa en gran escala contra el cambio. En vez de poner todas sus energías al servicio del cambio, las concentra en la terapia, la cual las desvía de su objetivo central; solo cuando no puede seguir utilizándola como mecanismo de defensa, se ve enfrentado a la necesidad de instrumentar un cambio real; hasta ese momento el hecho de estar sometido a terapia agotaba su motivación en ese sentido. De todos modos, a diferencia de lo que ocurre en relación con la resolución incompleta de la transferencia, si la terapia sigue utilizándose como defensa contra el cambio (y contra la vida misma), hay graves fallas. Siempre que lo percibamos tenemos que adoptar medidas enérgicas para ponerlo en evidencia y analizarlo. Pero, hay que admitir que la posibilidad de que esta falla persista pese a nuestros esfuerzos.

Hay que tomar conciencia de la posibilidad de cambios después de la finalización de la terapia, y en ciertos casos puede resultar muy útil que se lo informemos al paciente y lo analicemos con él.

La única alternativa viable que se nos presenta es postergar la terminación del proceso, y continuar con la terapia. Algunos pacientes siguen en tratamiento durante un tiempo excesivo cuando la posibilidad de cambio es el criterio rector. Y si la psicoterapia se prolonga durante demasiados años, puede modificar su función característica y central, convirtiéndose en una forma de vida para el paciente, o, incluso, en una suerte de muleta sin la cual no puede caminar.

Otra alternativa es considerar la terminación del proceso como una suerte de prueba: no es forzoso que se convierta en algo irrevocable. Después de todo, siempre existe la posibilidad de que el paciente reanude la psicoterapia en fecha posterior.

IX.1. CARACTERÍSTICAS

La etapa final ocurre, en especial, cuando casi todo el tiempo nos ocupamos del problema de la terminación. Pero también puede ser distintiva en otros aspectos, como, por ejemplo, cuando el paciente dirige sus esfuerzos a la consolidación de los beneficios que ha derivado de la terapia, o cuando centra su atención en lo que podrá depararle el futuro.

La transición entre la etapa intermedia y final es a veces tan gradual y sutil que resulta difícil de discernir; pero en la mayoría de los casos suelen darse signos de que efectivamente se ha producido, aun cuando

pase inadvertida. Tal vez sea útil de señalar dicha transición y anunciarla al paciente, aun después de haberse producido. “Considero que hemos entrado en una nueva etapa de la terapia, su etapa final”. Dicha interpretación puede tener suma importancia. Tal vez, sea necesario que le advirtamos que la mencionada etapa no tiene por qué ser breve, sino que puede llevar un lapso considerable (a veces, hasta un año). Como los problemas que entonces se plantean suelen ser penosos y los pacientes por lo general desean eludir su análisis o pasarlos por alto, querrán saltar esta etapa con la mayor rapidez posible.

La transición, a veces, adopta la forma de un pronunciado impase, con la sensación de que está por producirse un cambio inminente en el proceso: “Hasta aquí hemos llegado; muy bien. Pero, ¿adónde vamos ahora?”. El proceso terapéutico parece haber llegado a un punto muerto, y el paciente se muestra perplejo, lo cual puede entenderse como una renuencia a enfrentar la terminación de la terapia.

Otras veces, la transición se distingue por la intensidad que adquiere la labor analítica (todo lo contrario de un impase).

La etapa final puede ser preanunciada por la aparición de un nuevo tema, algo que el paciente no había mencionado para nada en el curso del proceso, o solo en un comienzo. Por lo general, este tema hará clara referencia a la terminación (p. ej., una fantasía relativa a la muerte), pero a veces la referencia puede ser oscura o inexistente.

No es raro que esta transición se caracterice por determinado tipo de regresión, que comúnmente asume la forma de la reiteración de un antiguo síntoma; cuya función es evitar que se inicie la etapa final. Es esencial que ayudemos al paciente a tomar conciencia de lo ocurrido, explicándole, por ejemplo: “Así como esta fobia fue lo que lo impulsó a comenzar su terapia, es esta misma fobia lo que hace que se resista a terminarla”. Sucede a veces que el síntoma nunca fue curado, sino que se lo mantuvo apartado de la terapia, para salir a relucir recién ahora con todo ímpetu.

Ocasionalmente, lo que precipita el final es una vivencia singular: un sueño, una intensa fantasía, un antiguo recuerdo lleno de significado. Si gira en torno al tema de la separación, o de la muerte, o de unión imperecedera, resultará inconfundible. Pero si se trata de algo más oscuro, se debe estar alerta para captar sus implicaciones, y ello será más fácil si se presta atención a la función que cumple.

IX.2. ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS

Una cosa es que uno perciba que ha llegado el momento de transición y lo diga, y otra muy distinta que el paciente lo reconozca o acepte. Por

consiguiente, no se debe mostrarse sorprendido si hace cuanto esté a su alcance por resistir el advenimiento de la etapa final.

También el terapeuta podrá experimentar una serie de sentimientos confusos acerca del final de la terapia, sea en forma de resistencias, o de presiones que le impulsen a dar por terminado el tratamiento. Algunos de ellos se basarán en sentimientos de contratransferencia inherentes al paciente; otros, en aspectos de su labor profesional (p. ej., la necesidad de llenar el tiempo que quede libre con otro paciente, o los sentimientos surgidos en torno al proceso de separación en sí).

Resueltos los sentimientos, se verá enfrentado a una nueva serie de obstáculos y trampas. El principal de ellos es el de imponerle un final al paciente. Idealmente, así como el paciente desempeña un papel activo en la iniciación de la terapia, también debe desempeñar una parte activa en su conclusión. Lo que pasa con mayor frecuencia es que el paciente se queja: "Usted desea librarse de mí", "Usted está cansado de mí", "Usted me está abandonando", etc.

Además, el paciente puede argumentar que no es cierto que se halle en su fase final, puesto que no se siente preparado para poner término a la terapia. La base de ese sentimiento, la naturaleza de ese "No estoy preparado", se convertirá entonces en tema central de consideración. La pregunta clave es: "¿No está preparado para qué?". Para algunos pacientes, se tratará de su proceso de maduración y todo lo que eso entraña; para otros, puede implicar su independencia, con el concomitante aislamiento y soledad; y para otros, enfrentar el problema de la muerte. Todos esos significados pueden confundirse en torno al tema básico de la autonomía y la separación.

Antes de centrarse en este interrogante clave, se debe tomar la precaución de determinar de qué manera concibe el paciente esta etapa. Muchos consideran que la etapa final es un período breve, algo así como un largo adiós. De ser así, su falta de preparación puede deberse, simplemente, a esa concepción errónea; después de todo, uno no comienza a despedirse hasta no estar listo para partir. Ser libre y autónomo significa avenirse a la separación, y es esta una de las lecciones más importantes que el paciente puede aprender en la terapia analítica.

El tema de separación puede empezar a explorarse antes o después de las interrupciones temporarias de la terapia (como, por ejemplo, llegado el período de vacaciones; aun puede incluir las interrupciones de los fines de semanas). Existen pacientes para quienes toda interrupción provoca un trauma, porque, entre otras cosas, constituye un signo de muerte, de algo que acaba; otros, se protegen fantaseando con la idea de que la separación es solo temporaria.

De manera característica, son las vacaciones largas las circunstancias que brindan la mejor oportunidad de enfocar el problema de la separación; en cierto sentido, las vacaciones constituyen un período de separación "a prueba". Conviene interpretarlas en ese sentido por dos razones fundamentales: 1) los problemas de separación no deben constituir una novedad durante la etapa final del proceso; 2) la etapa final no debe estar totalmente dedicada a analizar el problema de la terminación. Además, no basta encarar el problema de separación durante la etapa final del proceso.

En la etapa final, se elabora el proceso de separación: lo que entraña la repetición, reformulación y especificación de interpretaciones formuladas durante la etapa intermedia. El ritmo de las sesiones semanales, los feriados y las vacaciones largas se establece con facilidad en la mente del paciente, y dicho ritmo sirve para estructurar las separaciones y organizar defensas contra la ansiedad de separación. Pero la terminación propiamente dicha asume características de irrevocabilidad y finalización. De otra parte, solo la muerte es algo irrevocable y final; la psicoterapia puede reanudarse (bien con el mismo terapeuta, o con otro), y, así como la transferencia nunca se resuelve por completo, también la separación suele ser relativa.

Para una mejor resolución de la transferencia no hay que modificar la actitud terapéutica de neutralidad e impersonalidad hacia una actitud de amistad, como lo hacen algunos terapeutas. La distinción entre la denominada **transferencia neurótica y real** resulta muy útil durante todo el proceso terapéutico. La primera se resuelve de manera más cabal aplicando los métodos analíticos, en tanto que la segunda sigue tan inmersa en la realidad que puede ser fútil tratar de resolverla, aun cuando las circunstancias sugieran la utilidad de hacerlo.

En la etapa final, el paciente percibe cambios en la conducta y actitud del analista aun cuando no haya tenido lugar ninguno. "Ahora parece más amistoso conmigo de lo que solía ser", puede decir; o "Últimamente parece más relajado, menos lejano". Puede sostener, asimismo, que habla con él más de lo que acostumbraba. La interpretación que puede ofrecerle centrará su atención en el hecho de que dicha percepción se basa en cambios producidos en él, y no en usted. Si, de hecho, ha mantenido su postura acostumbrada, será él quien se muestre más relajado, menos inhibido, menos a la defensiva.

Esos cambios de percepción y sentimiento, no obstante, suelen ser complejos y sobredeterminados. En primer término, puede haber un significativo elemento de gratitud en la forma en que ahora le evalúa, algo así como su manera de decir "Gracias". En segundo lugar, puede experimentar cierto grado de alivio al ver que está a la vista la conclusión de la "ordalía" que implicó la terapia. Deberá ser lo bastante receptivo como para captar el matiz de sus sentimientos, y, a la vez, convencerse de que los cambios de percepción suelen ser más significativos para el paciente si efectivamente reflejan modificaciones en su realidad interna.

IX.3. ÚLTIMA SESIÓN

Incluso la sesión final de la terapia debe ser enfocada de la misma manera que las anteriores. El hecho de que ya no habrá un mañana podrá influir hasta cierto punto, aunque nunca en forma indebida. Si creemos (como es deber) que la labor analítica puede (y debe) continuar en nuestra ausencia, vale decir, que nuestro paciente debe seguir reflexionando y examinando su mente, no habrá razón alguna para abstenernos de hacer interpretaciones por el motivo de que ya no quedará tiempo para continuar con ellas. Naturalmente, es raro que en la última sesión se formule una interpretación nueva y de gran importancia, pero no porque ya no habrá más sesiones sino porque, idealmente, la han precedido un número suficientemente grande de estas.

Aunque el tratamiento esté a punto de concluir, el proceso terapéutico (para no hablar del paciente mismo) lo trasciende. Es decir que, el paciente habrá aprendido una manera de experimentar sus emociones y manejar su conducta que no está confinada a la realidad del contexto psicoterapéutico, sino que habrá llegado a formar parte intrínseca del modo en que vivencia su realidad interna y externa.

Si decide notificar al paciente que siempre queda abierta la posibilidad de reanudar la terapia, podrá aceptar su terminación con mayor ecuanimidad. La cuestión debe analizarse todo lo que sea posible, y elaborarse tan profundamente como sea posible. Si el paciente se consuela sabiendo que siempre podrá contar con usted y reiniciar la terapia, y si el saberlo hace que la terminación del tratamiento le resulte más tolerable, no tiene por qué interpretarse como una falla de procedimiento.

Hay que transmitir al paciente que ha aprendido una forma de experimentar sus propias sensaciones que puede continuar al servicio de su bienestar (sabe como reflexionar, examinar su mente y su corazón, afrontar sus experiencias en forma directa y honesta, ser auténtico), y no hay razón para que no pueda seguir haciéndolo en nuestra ausencia, y sin nuestra ayuda. Asimismo, tendría que haberlo hecho en el intervalo transcurrido entre sesión y sesión. Además, con frecuencia, hay que hallar la oportunidad de llamar la atención del paciente en relación con el hecho de que también es posible realizar una labor analítica fuera del contexto de las sesiones. No es raro que, en el curso de una sesión, informe que ha estado realizando algún trabajo de análisis fuera del consultorio, y es preciso que se fomente a toda costa su disposición al respecto.

Quizá sea más común que el paciente evite todo tipo de labor analítica fuera del contexto terapéutico, lo cual siempre merece nuestra atención. A veces dicha actitud se basa en la presunción (o fantasía) de que no daremos nuestra aprobación, o que interpretaremos su actitud como un rechazo. Nuestro objetivo ha de ser, al aproximarse el final, el estar en condiciones de decirle al paciente: "Bueno, después de todo, ha estado desarrollando buena parte de la labor terapéutica por sí solo", lo cual significará no solo que desarrolló dicha labor en el contexto de las sesiones, sino también fuera del consultorio. Al hacer un balance de la situación tenemos que evaluar y fomentar ese aspecto de su autonomía.

Con el fin de fomentar el cumplimiento de ese objetivo durante la fase final del proceso, muchos terapeutas adoptan la práctica de reducir la frecuencia de las sesiones. Algunos lo hacen también por otras razones, como, por ejemplo, para reducir la intensidad de la dependencia y transferencia de que es objeto el paciente, e ir desplazando gradualmente el énfasis de la terapia a la vida real. No obstante, no hay que hacerlo como fórmula habitual, ni que sea el terapeuta quien induzca el primer paso al respecto o se le sugiera al paciente. Si a pesar de todo surge como su propia idea, y si juzga posible que cumpla un propósito útil y práctico sin por ello diluir la función vital que ha de cumplir el final (y este ha de ser el criterio básico), puede dar su apoyo. Caso contrario, es mejor proseguir el enfoque profesional acostumbrado en el curso de toda la etapa final.

Cabe esperar, pues, que la sesión final no difiera de las precedentes, si exceptuamos los saludos y adioses previsibles. Pero no se requerirá mayor ceremonia, resumen o síntesis final de la terapia, así como tampoco ninguna palabra final de consejo. Basta con expresar al paciente el deseo de que tenga buena suerte. No es conveniente que se le diga al paciente que se mantenga en contacto con uno; pero si es él quien dice estar dispuesto a mantenerse en contacto con nosotros, lo aceptaremos cordialmente; después de todo, que lo haga o no es cosa suya.

Un ejemplo de los momentos finales de la terapia:

Paciente (P): ¿Vio? He hablado y hablado toda la hora como si fuera una sesión cualquiera. Aparentemente, olvidé que se trata de nuestra última sesión.

Terapeuta (T): Es fácil imaginar por qué no quiso recordarlo.

P: Por cierto que sí. Me causa pánico el solo pensarlo (suspira profundamente). Y veo que hoy no le he dado muchas oportunidades de hablar.

T: ¿Le preocupaba lo que podría decirle hoy?

P: Supongo que sí. Como sabe toda despedida me llena de temor, y supongo que a esta le temo más que a ninguna otra (hace silencio).

T: Creo que también le teme porque le preocupa que yo pueda expresarle lo que siento acerca de ella.

P: Bueno, supongo que sabía que usted no haría hoy nada diferente. Pero tal vez me preocupaba la posibilidad de que usted demostrara sus sentimientos, al menos, por esta vez (pausa.). Me llena de alivio que no lo haya hecho, pero no sé si ello no se debe a que yo no le di la oportunidad.

T: Le aseguro que no era mi intención hacerlo.

P: ¡Qué alivio! (suspira).

T: Pero sí quiero desearle la mejor de las suertes. Ya es la hora.

P: Bueno, ahora sí que es realmente la despedida (profundo suspiro). Le agradezco mucho todo lo que ha hecho por mí (intercambian cálidas sonrisas, y la marcha hacia la puerta se realizará, tal vez, a paso más lento que lo acostumbrado).

BIBLIOGRAFIA

1. Sigmund Freud: Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Cuarta edición, 1981, Madrid.
2. Melanie Klein. Obras Completas (4 tomos). Ed. Paidós, 1989, Barcelona.
3. Karl A. Menninger y Philip S. Holzman: Teoría de la técnica psicoanalítica. Ed. Psique, 1974, Buenos Aires.
4. Irving H. Paul: Cartas a un joven terapeuta. Amorrortu Ed., 1973, Buenos Aires.
5. Simón Brainsky: Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas; Fundamentos de Psicoanálisis. Carlos Valencia Ed., Tercera edición, 1989, Bogotá.
6. Ralph R. Greenson: Técnica y Práctica del Psicoanálisis. Siglo Veintiuno Eds., Cuarta edición, 1980, Bogotá.

7. R. Horacio Etchegoyen: Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Amorrortu Ed., 1986, Buenos Aires.
8. Helmut Thomä H. y Horst Kächele H (1985). Teoría y práctica del psicoanálisis. T. I, Fundamentos. Ed. Herder, Barcelona, 1989
9. Helmut Thomä H. y Horst Kächele H (1988). Teoría y práctica del psicoanálisis. T. II, Estudios clínicos. Ed. Herder, Barcelona, 1990.
10. Bernardo Álvarez Lince B. (1996). La interpretación psicoanalítica. Método y creación. Ed. Grijalbo, Bogotá.
11. Ismail YILDIZ. Fundamentos de psicología dinámica y de psicoanálisis. En mi página Web: <http://www.psicoanalistaiyildiz.com/>