

Helmut Thomä Horst Kächele

---

Teoría y Práctica  
del  
Psicoanálisis

---

1 Fundamentos

Con la colaboración de

Andreas Bilger Manfred Cierpka Hans-Joachim Grünzig  
Roderich Hohage Juan Pablo Jiménez Lisbeth Klöß  
Julian Christopher Kübler Lisbeth Neudert Rainer Schors  
Hartmut Schrenk Brigitte Thomä

Traducido del alemán por

Gabriela Bluhm-Jiménez y  
Juan Pablo Jiménez de la Jara

Prólogo de

Inga Villarreal



Editorial Herder S.A. (Barcelona)  
1989  
Profesor Dr. Helmut Thomä  
Profesor Dr. Horst Kächele

Abteilung Psychotherapie der Universität  
Am Hochsträß 8, D-7900 Ulm  
República Federal de Alemania

Traductores:

Arquitecto Gabriela Bluhm-Jiménez  
Dr. Juan Pablo Jiménez de la Jara

Abteilung Psychotherapie der Universität  
Am Hochsträß 8, D-7900 Ulm  
República Federal de Alemania

Título del original alemán:  
Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 1 Grundlagen  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1985  
ISBN 3-540-15386-1  
© Editorial Herder S.A. Barcelona 1989  
ISBN 84-254-1663-9 rústica, tomo I  
ISBN 84-254-1664-7 tela, tomo I

Es propiedad  
Depósito legal: B.  
Printed in Spain  
Grafesa, Nápoles 249, 08013 Barcelona

## Prólogo a la edición castellana

Tengo el privilegio de presentar a la comunidad psicoanalítica de habla castellana el primer tomo del texto Teoría y práctica del psicoanálisis, en el cual se expone en forma muy completa la teoría de la técnica. El segundo tomo, de próxima aparición, ilustrará con diálogos analíticos esta parte teórica.

En esta breve presentación no se puede hacer justicia a la riqueza y profundidad con las cuales están tratados en este texto los diferentes temas de la teoría de la técnica, cuya exposición está basada sobre una amplia discusión de teorías psicoanalíticas. Destacaré tan sólo algunas de las conceptualizaciones y puntos de vista fundamentales de los autores que conllevan a la coherencia intrínseca de un texto que logra incorporar una literatura extensa, incluyendo los aportes más recientes. Uno de estos enfoques tiene sus raíces en los intereses muy propios de sus autores. Helmut Thomä y Horst Kächele son muy conocidos, sobre todo en el ámbito psicoanalítico alemán y anglosajón, por sus investigaciones empíricas de materiales clínicos. Esta es una modalidad de investigación, en la cual varios analistas estudian estos materiales con el objetivo de entender las vicisitudes del tan complejo proceso analítico que tiene lugar en esta relación interpersonal, para validar o refutar aspectos de la teoría psicoanalítica. Este tipo de investigación empírica es practicada por pocos psicoanalistas en el mundo. Según el criterio de los autores, la investigación de la terapia psicoanalítica tiene que demostrar los cambios que se efectuaron entre el comienzo y el final del tratamiento y tiene que esclarecer su relación con las teorías psicoanalíticas. Este interés en la metodología de la investigación de la clínica psicoanalítica y en problemas de la teoría de la ciencia lo comparten con muchos analistas latinoamericanos; sin embargo, en nuestro ámbito, ese enfoque se da más en cuestiones de epistemología del psicoanálisis. Destacar estos intereses básicos de los autores es importante, ya que esta actitud hacia el psicoanálisis como ciencia, entendida principalmente como ciencia social, en el sentido de que lo que se investiga es una relación diádica entre paciente y analista, imprime su sello personal a la teoría de la técnica expuesta en este libro.

Otro enfoque fundamental de los autores se refiere al tema de la compleja y problemática relación entre la teoría, o, mejor dicho, las teorías psicoanalíticas, y su aplicación a la práctica analítica. Investigar estas complejas relaciones es de especial interés en el momento actual de nuestro desarrollo

histórico como disciplina. Es bien conocido que el psicoanálisis se ha diversificado en múltiples esquemas teóricos hasta un punto tal, que nuestra identidad de grupo como psicoanalistas está siendo puesta a prueba. Wallerstein (1988), en su discurso del Congreso de Montreal, expresó la inquietud compartida por muchos analistas por esta diversificación teórica, bajo el título ¿Un psicoanálisis o muchos? Destacó que, a pesar del pluralismo de los esquemas referenciales, tenemos una base desde la cual podemos elaborar un entendimiento, y ésta es nuestra labor en la práctica analítica. En este sentido, la amplia discusión de la relación problemática entre teoría y práctica es de gran importancia en nuestros días. Los autores, a lo largo del libro, lo gran demostrar cómo, por un lado, la crisis de la teoría penetra profundamente en la práctica analítica, pero también, por el otro, la relativa independencia de esta última con respecto a teorías de un alto nivel de abstracción.

Los autores destacan, como tesis central de esta obra, el rol del analista en la creación y en el desarrollo del proceso analítico. Para ellos el analista -lejos de ser un espejo- es quien se ofrece a sí mismo como pareja de interacción, con roles cambiantes en esa relación. La ecuación personal del analista, su influencia como persona real, su bagaje teórico, su modelo del proceso, su manera de configurar el encuadre, su imagen latente del ser humano, son, todos ellos, factores que inciden de manera decisiva sobre las transferencias y resistencias específicas que establece el paciente en el proceso analítico. Quiero insistir un poco más sobre esta manera de conceptualizar el rol del analista. La forma como se concibe el analista a sí mismo en su trabajo cotidiano con su paciente forma parte esencial de su identidad. El psicoanalista latinoamericano, generalmente, ha recibido en su formación la enseñanza de la teoría de la técnica de Racker, quien tuvo una gran influencia en nuestro medio. El conceptualiza el trabajo analítico como un proceso de la pareja analista-paciente que transcurre en transferencia-contratransferencia. Está acostumbrado a entender a su paciente a través de sus vivencias contratransferenciales. La contratransferencia como instrumento de trabajo es también esencial en el enfoque de los autores; sin embargo, el rol del analista va más allá. Para ellos, éste no es solamente objeto de la transferencia, sino sujeto en la interacción diádica actual, y, como tal, contribuye a constituir la relación. En esta conceptualización del rol del analista, éste tiene más responsabilidad en el destino del tratamiento analítico. Como consecuencia lógica de esta línea de pensamiento, se le asigna un rol más activo en la configuración del encuadre, ya que tiene que adaptarlo a las necesidades específicas del paciente.

La importancia atribuida a la ecuación personal en el desarrollo de la interacción diádica tiene otra consecuencia: el analista tiene que estar alerta a la influencia que sus teorías pueden tener en el desarrollo del proceso. No se puede permitir el aceptar irreflexivamente la confirmación de sus hipótesis teóricas, frecuentemente de un alto grado de abstracción, en el material clínico. La imagen de identidad del psicoanalista que surge a través de la

lectura de este texto es la de una persona con la capacidad de mantener un continuo cuestionamiento de sus teorías y, a la vez, capaz de tomar conciencia de la relación de éstas con su trabajo clínico.

El tratamiento psicoanalítico es conceptualizado por los autores como un proceso interaccional, específicamente diádico, entre los dos participantes. El aquí y ahora es visto no solamente como un revivir o una repetición de modelos de la temprana infancia, sino a la luz de su autonomía como un proceso nuevo. Según los autores, los aspectos actuales de la génesis de la experiencia y conducta del paciente no han sido tomados en cuenta suficientemente en la teoría de la técnica del tratamiento, y ellos exponen su punto de vista claramente cuando dicen: "Para hacer total justicia al rol de la intersubjetividad o de la psicología bipersonal en la técnica psicoanalítica, es necesario ir más allá, tanto de las teorías tradicionales de relaciones de objeto como del modelo de descarga de impulsos" (p.96).

Es el espíritu de este libro someter a una reflexión crítica y cuestionamiento continuo muchas de las ideas psicoanalíticas que se basan en la tradición. El origen y desarrollo histórico de los principales conceptos de la técnica son ampliamente descritos, y los escritos técnicos de Freud están citados y discutidos de un modo que enriquece la comprensión, tanto de los desarrollos posteriores, como de los propios puntos de vista de los autores. El enfrentamiento crítico con el pensamiento freudiano se dirige más hacia sus conceptos metapsicológicos que hacia la técnica. El enfoque del tratamiento como una interacción diádica no es compatible con conceptualizaciones freudianas, en su esencia monádicas, de la meta-psicología, especialmente en lo que se refiere al punto de vista económico. Se demuestra cómo muchas de las ideas y conceptos de Freud surgieron por influencia del ambiente científico y cultural de su época, tanto del campo de la neuro-fisiología como del de la filosofía, y que éstos están basados en teorías que ya no tienen validez y que, por lo tanto, necesitan ser reevaluados a la luz de investigaciones y conocimientos nuevos, tanto psicoanalíticos como de otros campos afines. Entre ellos destacan ideas de la Naturphilosophie alemana, como son la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición, o conceptos como energía psíquica, investidura, suma de excitación, surgidos de la neurofisiología. También la teoría de los sueños se somete aquí a un examen crítico a la luz de recientes desarrollos, tanto desde el punto de vista psicoanalítico, como del de la investigación onírica empírica. A pesar de que algunas teorías de Freud sobre los sueños ya no son sostenibles, la interpretación de éstos por parte del analista, en su trabajo clínico, no ha perdido su vigencia. Este es un buen ejemplo de la discusión sobre la compleja relación entre teoría y práctica clínicas.

El espíritu de someter a una reflexión crítica las ideas tradicionales es también claramente expresado cuando los autores se refieren a las reglas del encuadre llamado clásico u ortodoxo. Para los autores, las reglas del encuadre no se pueden deducir directamente de la teoría. Ellos proponen que las reglas tienen que investigarse en cuanto su influencia sobre el campo interaccional, y que la

estandarización no debe llevarse hasta el punto en el que interfiera con el establecimiento y el desarrollo del proceso diádico. La funcionalidad de las reglas tiene que ser sometida entonces a una discusión tomando en cuenta las necesidades específicas del paciente.

Es preciso anotar que la versión castellana es mucho más que una traducción. El texto ha sido significativamente aumentado por el Dr. Juan Pablo Jiménez, psicoanalista chileno y colaborador de esta obra, quien incluyó en esta edición importantes contribuciones provenientes del ámbito psicoanalítico latinoamericano. Aportes como los de Baranger y cols., Bleger, Etchegoyen, Garma, Grinberg, Matte-Blanco y otros, han sido discutidos en este libro, de la misma forma que las teorías de Racker son tomadas en cuenta más ampliamente. El Dr. Jiménez también ha enriquecido el texto incluyendo discusiones sobre las teorías de Melanie Klein y muchos otros. Los traductores Gabriela Bluhm-Jiménez y Juan Pablo Jiménez han cumplido cabalmente la difícil tarea de transmitir fielmente el pensamiento de los autores en una versión bien escrita.

Es importante destacar que tras la larga interrupción debido a los dolorosos acontecimientos de la época nazi, el psicoanálisis alemán surgió con enorme vitalidad. Este libro es una prueba de ello. Los analistas de la comunidad de habla castellana, muy abierta a las ideas surgidas en otras áreas, encontrarán en este texto muchos puntos de contacto con el pensamiento latinoamericano y también puntos de vista divergentes para discutir.

He intentado en esta presentación transmitir, aun cuando sea parcialmente, algo de la muy enriquecedora experiencia que significó para mí la lectura de esta gran obra que, estoy segura, tendrá una amplia acogida en nuestro medio.

Bogotá, agosto de 1988

Inga Villarreal

## Prólogo a la edición inglesa

Una pregunta básica para todos aquellos que intentan escribir textos sobre la naturaleza del psicoanálisis, sea que se orienten primariamente a la exposición de la teoría o a la técnica del psicoanálisis (dentro de la literatura norteamericana me vienen a la mente los libros de Brenner y de Greenson como ejemplares de ambas categorías), es aquella de la relación de la teoría con la técnica y la praxis. Esta pregunta, sin embargo, no siempre es puesta explícitamente en el punto de mira de este tipo de literatura, y con eso, su naturaleza problemática, como un dilema fundamental de nuestra disciplina y hasta ahora no resuelto de manera satisfactoria, es a menudo camuflada o aun ignorada por completo, como si pudiéramos cómodamente asumir que Freud hubiera logrado, por primera vez en la historia intelectual, un éxito total en la creación de una ciencia y una disciplina, en la cual la teoría (el entendimiento) y la terapia (esto es, la cura), son, inherentemente, una y la misma cosa, es decir, dos caras de la misma moneda.

Es una proeza de Helmut Thomä y de Horst Kächele, autores de este libro que se presenta en dos volúmenes (el primero de teoría y un segundo, de inminente aparición, sobre interacción clínica y aplicaciones), el haber logrado una exposición completa acerca de lo que el psicoanálisis es (o debiera ser), sobre todo, porque ellos, más que otros, han mantenido esta problemática central de la relación de la teoría con la práctica en el centro del campo conceptual del lector, y organizado consecuentemente la presentación de los fenómenos de nuestro campo, de sus conceptos y datos. El núcleo de la problemática a la cual me refiero se capta en un corto pasaje del capítulo 7: "En relación al psicoanálisis, se puede afirmar que, mientras las teorías tratan predominantemente con los determinantes de la génesis, las reglas de la técnica, en cambio, se orientan hacia el logro de condiciones necesarias y suficientes para el cambio: la técnica psicoanalítica no es una simple aplicación de la teoría" (p. 225; la cursiva es mía). De esta distinción e inevitable tensión se sigue todo lo demás (aunque es, por supuesto, una sobresimplificación y algo injusto de mi parte enfocar todo el crédito de este libro tan rico sólo de esta manera, o implicar que todo el rango de problemas conceptuales de nuestro campo se recogen en el esfuerzo de delinear el interjuego -y la dialéctica- entre el desarrollo teórico y el clínico terapéutico).

Con todo, ésta es una perspectiva importante y que yo creo que es central en el pensamiento de los autores. Por mi parte, quisiera indicar dos consecuencias



ne-cesarias (para mí) de esta disyunción conceptual entre teoría y técnica, con el problema que entonces emerge, de las condiciones y los parámetros de sus referencias mutuas (como también, en contra del supuesto psicoanalítico convencional de la unidad conceptual entre teoría y técnica, que oculta y "empapela" estas mismas cuestiones, en el corazón de nuestra disciplina, es decir, de cómo el funcionamiento de una teoría y de la mente puede relacionarse con una técnica para alterar tal funcionamiento en direcciones deseadas). La primera consecuencia sobre la cual quiero llamar la atención, corre como un leitmotiv silencioso pero insistente a través del libro: el llamado, en muchos puntos, a investigar empíricamente en proceso psicoanalítico y sus resultados, cuyo objeto es dilucidar las condiciones y los parámetros de la relación de la teoría con la técnica, investigación con la cual los autores mismos, desde hace largo tiempo se identifican, y de la que, a decir verdad, son los principales representantes en Europa, junto a una pequeña lista de colegas investigadores en los Estados Unidos y Gran Bretaña.

Aún más finamente, pero sin lugar a dudas, surge en el libro una segunda consecuencia de esta disyunción conceptual, y es la inevitable consideración de la relación entre el psicoanálisis, en cuanto terapia, con la totalidad del rango de psicoterapias psicoanalíticas, variablemente expresivas y de apoyo, que representan aplicaciones del mismo entendimiento teórico psicoanalítico de la organización y funcionamiento de la psique a la variedad de formaciones psicopatológicas que encontramos en nuestro consultorio, por la vía de disponer intervenciones técnicas diferenciadas, expresivas y de apoyo. Es decir, una teoría, pero varias técnicas conceptualizadas dentro de ella. Este mensaje surge, de manera más explícita que la que se podría esperar, en el capítulo 6, sobre primera(s) entrevista(s), con todo su foco en el problema del diagnóstico y la formulación del caso, y el desplazamiento, expresado ahí, del concepto de "analizabilidad" al de "tratabilidad", preferido por los autores, y que termina en "una fase diagnóstica de terapia, que no es un análisis de prueba en el sentido convencional, seguido por la decisión sobre la idoneidad, sino que tiene más bien el propósito de descubrir qué cambios pueden ser alcanzados bajo cuáles condiciones terapéuticas. El amplio rango de las formas actuales de terapias psicoanalíticas ofrecen espacio para muchas reflexiones, que no tienen por qué restringirse enteramente al terreno del psicoanálisis en el sentido más estricto" (p.192; cursiva en el original).

Con esta afirmación, los autores se colocan en una tradición muy familiar en el mundo de los analistas norteamericanos, una tradición articulada en los muchos coloquios de principios de los años cincuenta acerca de las semejanzas y diferencias entre el psicoanálisis propiamente tal y los ordenamientos de psicoterapias psicoanalíticas, psicodinámicas o psicoanalíticamente orientadas (variablemente expresivas y de apoyo), y que fueron puestas en el centro de la atención a través de las importantes contribuciones al respecto de E. Bibring, Stone, Gill y Rangell junto a las voces más discrepantes de Alexander y Fromm-Reichmann. Esta preocupación por el ámbito más amplio del

psicoanálisis, que dio forma a psicoterapias diseñadas específicamente para los requerimientos psicológicos internos de los pacientes y para las exigencias sociopolíticas del medio externo, hace también más entendible la voluntad de los autores de ubicar y describir la terapia psicoanalítica, en el marco de las restricciones del sistema de prestaciones de la seguridad social de Alemania Federal, que limita la terapia a 240 o a un máximo de 300 horas para todos, y donde la pequeña minoría que sigue más allá de ese punto, lo hace con recursos privados.

Para la audiencia americana de habla inglesa este libro trae, además, un mensaje adicional, quizás no explícitamente buscado. Por largo tiempo, el mundo psi-coanalítico norteamericano vivió con el comfortable sentimiento de que el para-digma metapsicológico de la psicología del yo había alcanzado su punto máximo con la obra de Hartmann, Kris, Loewenstein, Rapaport, Jacobson, Waelder, Feni-chel y muchos más, que representaban la corriente principal del desarrollo psico-analítico desde Freud, a través de Anna Freud, y hasta el transplante del psico-análisis, con el acceso de Hitler al poder, desde Viena a América (por supuesto también a Gran Bretaña). Ha sido sólo en estos últimos años cuando el psicoaná-lisis americano ha llegado a tomar más conciencia de la verdadera diversidad de las perspectivas teóricas dentro del psicoanálisis, no solamente de la kleiniana, que desde hace tiempo fue vista como la única desviación de la norma teórica dentro del corpus psicoanalítico, sino también la bioniana, la lacaniana, la de las relaciones de objeto inglesa, y ahora, desde dentro de la escena americana misma, el surgi-miento de la psicología del self de Kohut. Con esto, se ha convulsionado la que una vez había sido la hegemonía monolítica en Norteamérica del así llamado para-digma metapsicológico "clásico" de la psicología del yo. En este mundo psico-analítico pluralista, y por consiguiente relativista, en que ahora vivimos, el libro de Thomä y Kächele es, con todo, una reafirmación del lugar, aún establecido, de la psicología del yo como una visión circundante psicológica del mundo, delineada aquí, no desde el punto de vista de una literatura sólo americana y en lengua inglesa, sino diseñada mucho más ampliamente, sobre desarrollos similares y pen-samientos profundamente arraigados en la órbita de habla alemana y, en menor grado, también en la órbita de literaturas en otros idiomas. Más allá de lo variadas que son actualmente las diversas perspectivas teóricas totales que han sido indi-cadas dentro del psicoanálisis organizado, también ellas han soltado amarras en re-lación a sus orígenes y confines propios, y así, unas con otras, se contraponen mucho más ampliamente en el seno de cada centro regional o nacional de actividad psicoanalítica a través del mundo. En lo que respecta al mundo psicoanalítico e intelectual alemán mismo, Thomä y Kächele representan la ciencia natural y la investigación empírica unida al paradigma de la psicología del yo. Existe, simul-táneamente, también una vigorosa perspectiva hermenéutica psicoanalítica (y filo-sófica), que se identifica con nombres tales como Habermas y Lorenzer. Es, en última instancia, un gran beneficio para el

psicoanálisis, como ciencia y disciplina, que cada una de sus perspectivas teóricas y prácticas puedan florecer en confrontación y en mutua interacción con las demás, dentro de las distintas tradiciones culturales y lingüísticas. Todo esto es más que suficiente para, con alegría, introducir este libro, que con tanto éxito ha sido ya publicado en alemán, a su audiencia natural en el mundo psicoanalítico anglosajón. Porque, de verdad, es mucho más que un inútil acarrear agua hasta la noria (a carrying of coals to Newcastle). Una última nota a un tour de force que caracteriza todo el libro: las referencias bibliográficas son tan frescas y recientes, y tan completas (por lo menos para las publicaciones en inglés y alemán), en cada capítulo, que parece que cada una de ellas haya sido realizada al último momento y muy poco antes de que el libro entrara en prensa. Los lectores saben que esto no siempre es así.

Octubre de 1986

Robert S. Wallerstein, M.D.

## Prefacio

Este es el primero de un texto en dos volúmenes sobre terapia psicoanalítica, el cual ha sido publicado en alemán, en inglés, en húngaro, y ahora en castellano. El volumen 1 trata de los fundamentos del método psicoanalítico, mientras que el volumen 2, que aparecerá dentro de poco, se ocupa del diálogo psicoanalítico. Los dos volúmenes, aunque forman un todo coherente, están organizados separadamente y cada uno contiene su propia lista de referencias e índices.

Con todo fundamento queremos destacar, al inicio del prefacio de la edición castellana, la comparación con el original y con las traducciones publicadas hasta ahora (inglesa y húngara), pues la edición castellana es mucho más que una traducción, de cuya calidad estamos convencidos, debido al trabajo en conjunto y especialmente estrecho con ambos traductores (Gabriela Bluhm-Jiménez y Juan Pablo Jiménez de la Jara). El Dr. Jiménez, psiquiatra y psicoanalista formado en Chile, estuvo trabajando con nosotros gracias a una beca de la fundación Alexander von Humboldt. Sus sobresalientes conocimientos de la literatura psicoanalítica, hicieron posible que integrara importantes aportes a nuestra obra, en especial provenientes del ámbito hispanoparlante. No es exagerado decir que el resultado es un libro nuevo, en el cual también se han considerado autores que se nos habían escapado, debido a nuestra incapacidad de leer en castellano. Los complementos del Dr. Jiménez fueron discutidos con nosotros en profundidad y consecuentemente autorizados. Por tal motivo, nos parece natural que el Dr. Jiménez aparezca como colaborador en el título de la edición castellana. En una época en la cual la expresión "traduttore: traditore" es frecuentemente citada en relación con la Standard Edition y la traducción de Strachey, nos alegra poder decir que el texto en castellano no representa, de ningún modo, una traición frente al original, sino, por el contrario, en muchos lugares contiene mejoras que cuentan con nuestra conformidad. En lo que al idioma mismo se refiere, la Sra. Gabriela Bluhm-Jiménez colaboró de manera fundamental con sus excelentes conocimientos de la lengua alemana. Agradecemos a la pareja un trabajo en común transcultural que nos ha enriquecido a todos y que puso nuestro pensar psicoanalítico en contacto con el mundo cultural latinoamericano.

Aunque el psicoanálisis ha crecido hasta ser mucho más que solamente un método de tratamiento, éste "nunca ha abandonado su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato

con enfermos". Estas palabras de Freud (1933a, p.140; la cursiva es nuestra) proveen el punto de partida para nuestra introducción a los fundamentos del método psicoanalítico.

El psicoanálisis se ha extendido cada vez más en las últimas décadas, y desde los años cincuenta numerosas derivaciones psicodinámicas se han desprendido de la corriente central. El problema que Freud (1933a, p.141) tocó con la metáfora de la dilución del psicoanálisis, ha alcanzado dimensiones casi incomprensibles. En esta situación, se prestaría a malentendidos el que la edición castellana llevara un título que fuera una simple traducción del alemán -tratado de terapia psicoanalítica- y podría inducir al lector a pensar en formas diluidas del método psicoanalítico. Para evitar malentendidos, la edición castellana del volumen 1 ha sido entonces titulada Teoría y práctica del psicoanálisis: Fundamentos. Por "terapia psicoanalítica", entendemos aquella que se refiere a la aplicación clásica del método psicoanalítico a los pacientes, según lo definió el mismo Freud (1905a, 1923a, 1927a).

El origen y desarrollo de este libro está estrechamente unido al departamento de psicoterapia de la universidad de Ulm, que fue fundado en 1967 y formó la base del instituto psicoanalítico de Ulm. El autor principal, como director del departamento, fue capaz de atraer gente, con la experiencia de una larga carrera profesional, que tuvo sus comienzos en Stuttgart. Los años en la clínica de psicósomática de la universidad de Heidelberg proporcionaron el fundamento clínico para el pensamiento psicoanalítico. Esta institución, dirigida por A. Mitscherlich, fue el hogar intelectual que ejerció una atracción constante, invitándonos siempre a regresar desde el extranjero. Un hito en el camino lo constituyó la estadía en el instituto de psiquiatría de Yale, en 1955-1956, gracias a una beca de la fundación Fulbright. Otro año (1962) de investigación y training, esta vez en Londres, y con el soporte del American Foundation's Fund para investigación en psiquiatría, probó ser decisivo. Este texto está enraizado en la investigación en proceso psicoanalítico y sus resultados. Agradecemos a la fundación alemana para la investigación (Deutsche Forschungsgemeinschaft) su apoyo continuo desde 1970, que hizo posible que el autor más joven combinara, desde el principio, el training clínico con la investigación en Ulm. No debe desestimarse la influencia, directa e indirecta, de la crítica profesional, tanto desde dentro como desde fuera, sobre nuestro pensar y actuar clínicos. Este libro no podría existir en su forma actual si la investigación no hubiera abierto nuestros ojos a numerosos problemas. La red de contactos a partir de los cuales se desarrolló este libro es tan extensa, que no creemos posible agradecer a todos aquellos que a lo largo de los años nos han ofrecido su apoyo emocional e intelectual. Queremos expresar nuestra gratitud a todos y a cada uno de los que hicieron una contribución directa, y destacar especialmente que el libro no habría alcanzado su forma presente, si nuestros colegas de Ulm no nos hubieran brindado su guía frecuente, contribuido en algunas secciones con borradores y sugerido correcciones.

Nuestras especiales gracias se dirigen a los colegas psicoanalistas y de otras especialidades que leyeron secciones o capítulos individuales en alguna etapa de su elaboración. Sus comentarios constructivos nos transmitieron gran coraje a la hora de preparar pasajes particulares. El intercambio de ideas, a menudo también nos forzó a formular nuestras propias posiciones de manera más precisa o aun a emprender revisiones. Por supuesto, sólo nosotros compartimos ahora la responsabilidad del texto final. Quisiéramos agradecer a las siguientes personas sus comentarios críticos a borradores de varias secciones: Hermann Beland, Christopher T. Bever, Claus Bischoff, Werner Bohleber, Clemens de Boor, Johannes Creme-rius, Sibylle Drews, Erhard Effer, Ulrich Ehebald, Wolfram Ehlers, Martha Eicke-Spengler, Friedrich Wilhelm Eickhoff, Franz Rudolf Faber, Klaus Grawe, Johannes Grunert, Ursula Grunert, Rudolf Haarstrick, John S. Kafka, Reimer Karstens, Otto Kernberg, Gisela Klann-Delius, Martha Koukkou-Lehmann, Rainer Krause, Martin Löw-Beer, Ulrike May, Adolf Ernst Meyer, Emma Moersch, Friedrich Nienhaus, Peter Novak, Michael Rotmann, Almuth Sellschopp, Ernst Konrad Specht, Ernst Ticho, Gertrud Ticho, Margret Toennesmann, Ingeborg Zimmermann.

Fuimos apoyados mucho más allá de lo que podríamos razonablemente haber pedido, en las buenas y en las malas, por Rosemarie Berti, Ingrid Freischlad, Doris Gaissmaier, Annemarie Silberberger y Brigitte Gebhardt. Mientras las posibilidades hoy en día ofrecidas por los procesadores de palabras hacen más fácil producir numerosos borradores modificados y mejorados, su tecnología presenta mayores exigencias a la inteligencia y organización de una ocupada secretaria. El que las inevitables fricciones se resolvieran, sin embargo, siempre en una cooperación excelente y eficiente, se debe a la dedicación de nuestros asistentes. Hartmut Schrenk coordinó el trabajo, para las ediciones alemana e inglesa, dentro de nuestro departamento y entre el staff de la Springer-Verlag y los autores. Estamos también agradecidos a él y a Claudia Simons por su esmerada preparación de las referencias bibliográficas. Los índices de nombres y de materias fueron preparados por Michael Hölzer. Desde que se planteó la idea de la traducción castellana, contamos con una atmósfera de colaboración y constructiva entre los autores y Walter Kappenberger junto con el equipo de la editorial Herder S.A. Barcelona. Finalmente, ponemos en las manos del lector este texto de psicoanálisis, con la ferviente esperanza de que será en beneficio de aquellos para los cuales, en último término, fue escrito: los pacientes.

Ulm, julio de 1985      2002

Helmut Thomä  
Horst Kächele

### **Nota de los traductores**

Como traductores de este libro de psicoanálisis y como colaboradores de la edición española, quisiéramos introducir estos comentarios haciendo referencia a la opinión de José Luis Etcheverry, autor de la más reciente y completa traducción crítica de la obra de Freud (que utilizamos en esta edición), quien, en el volumen introductorio *Sobre la versión castellana*, afirma que, para traducir con justicia a Freud, hay que "no sólo ser rigurosos en los conceptos capitales del psicoanálisis, sino conceder una atención igualmente estricta al entronque de la obra freudiana con la problemática antropológica y filosófica del pensamiento alemán" (1978, p.3). No es exagerado decir que durante el transcurso de la fascinante aventura intelectual que para nosotros ha significado la traducción de este libro, esta problemática más amplia, de manera sutil, lenta, pero profundamente, ha ido apareciendo en el horizonte de nuestra comprensión psicoanalítica. Esto no es de ninguna manera extraño, desde el momento en que Thomä y Kächele comparten la misma herencia y tradición cultural que iluminara e impulsara a Freud. Esta ampliación del horizonte contextual, pensamos que también fue percibida por R. Wallerstein cuando, en el prólogo a la edición inglesa, se refiere a los "pensamientos profundamente arraigados en la órbita de habla alemana". La constante referencia a la historia del psicoanálisis y su entronque con la cultura alemana, horizonte inevitable del pensamiento freudiano, nos permite afirmar que los autores han logrado volver a conectar el pensamiento psicoanalítico con la tradición madre y que fuera violentamente desgarrada con la dictadura nazi.

La fundación Alexander von Humboldt me otorgó (J.P. Jiménez) una beca para desarrollar un proyecto de investigación en proceso psicoanalítico.

Agradecemos a la fundación la oportunidad de trabajar, en contacto tan estrecho y generoso, con los autores de este libro y los demás colegas psicoanalistas de Ulm y con muchos otros analistas de toda Alemania. La generosidad personal e intelectual de quienes encabezan el grupo de Ulm, quedó de manifiesto, una vez más, en la total libertad que nos otorgaron, no sólo en la traducción, sino en la posibilidad de incorporar algunos aportes que en Latinoamérica son importantes. Porque hemos tenido interés y tiempo para conocer a fondo el pensamiento de los autores, confiamos haber volcado de manera auténtica sus ideas al castellano. Estamos agradecidos por el trabajo realizado, en especial por haber podido contribuir en la labor de intercambio entre el mundo psicoanalítico alemán y el latinoamericano, al cual nos debemos.

Ulm, Julio de 1988

Gabriela Bluhm-Jiménez

Juan Pablo Jiménez de la Jara

## Índice general

Prólogo a la edición castellana	IX
Prefacio	XIII
Nota de los traductores	XVII
Introducción	XIX
<u>1 La situación actual del psicoanálisis</u>	<u>1</u>
1.1 <u>Nuestro punto de vista</u>	<u>1</u>
1.2 <u>El aporte del psicoanalista como tesis central</u>	<u>7</u>
1.3 <u>Crisis de la teoría</u>	<u>13</u>
1.4 <u>Las metáforas en psicoanálisis</u>	<u>39</u>
1.5 <u>La formación analítica</u>	<u>44</u>
1.6 <u>Orientaciones y corrientes analíticas</u>	<u>47</u>
1.7 <u>Cambios socioculturales</u>	<u>54</u>
1.8 <u>Convergencias</u>	<u>57</u>
<u>2 Transferencia y relación</u>	<u>65</u>
2.1 <u>La transferencia como repetición</u>	<u>65</u>
2.2 <u>Sugestión, sugestibilidad y transferencia</u>	<u>69</u>
2.3 <u>La dependencia de los fenómenos transferenciales de la técnica</u>	<u>71</u>
2.4 <u>La neurosis de transferencia como concepto operacional</u>	<u>74</u>
2.5 <u>Una familia conceptual controvertida: relación real, alianza terapéutica, alianza de trabajo y transferencia</u>	<u>77</u>
2.6 <u>El nuevo objeto como sujeto: de la teoría de las relaciones de objeto a la psicología bipersonal</u>	<u>88</u>
2.7 <u>El reconocimiento de las verdades actuales</u>	<u>91</u>
2.8 <u>El "aquí y ahora" en una nueva perspectiva</u>	<u>94</u>
<u>3 Contratransferencia</u>	<u>99</u>
3.1 <u>De cómo Cenicienta se convirtió en princesa</u>	<u>99</u>
3.2 <u>La contratransferencia transfigurada</u>	<u>104</u>
3.3 <u>Consecuencias y problemas de la concepción total</u>	<u>107</u>



3.4	Concordancia y complementaridad de la contratransferencia	114
3.5	¿Debe el analista confesar su contratransferencia?	117
4	Resistencia	121
4.1	Consideraciones generales	121
4.1.1	Clasificación de las formas de resistencia	124
4.1.2	La función reguladora de la resistencia en la relación	126
4.1.3	Resistencia y defensa	127
4.2	La angustia y la función protectora de la resistencia	129
4.3	Resistencia de represión y de transferencia	137
4.4	Resistencia del ello y del superyó	141
4.4.1	La reacción terapéutica negativa	145
4.4.2	Agresión y destructividad: más allá de la mitología de la pulsión	149
4.5	Ganancia secundaria de la enfermedad	160
4.6	Resistencia de identidad y principio de salvaguardia	161
5	La interpretación de los sueños	167
5.1	El soñar y el dormir	167
5.2	El pensamiento onírico	168
5.3	Restos diurnos y deseos infantiles	173
5.3.1	La teoría del cumplimiento de deseos como principio unitario de explicación	176
5.3.2	El sueño como representación de sí mismo y como solución de problemas	178
5.4	La teoría de la representación de sí mismo y sus consecuencias	186
5.5	La técnica de la interpretación de los sueños	192
5.5.1	Las recomendaciones técnicas de Freud y extensiones posteriores	194
6	La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes	203
6.1	Estado del problema	203
6.2	El diagnóstico	206
6.3	Aspectos terapéuticos	214
6.4	El proceso de toma de decisiones	221

6.5	La familia del paciente	229
6.5.1	El agobio de la familia	232
6.5.2	Algunas situaciones típicas	234
6.6	Financiamiento ajeno	238
6.6.1	El psicoanálisis y el sistema alemán de seguros de enfermedad	238
6.6.2	Efectos de la normativa de la seguridad social sobre el proceso psicoanalítico	247
7	Reglas	257
7.1	La función múltiple de las reglas psicoanalíticas	257
7.2	La asociación libre como regla fundamental de la terapia	264
7.2.1	Características y desarrollo del método	264
7.2.2	Comunicación de la regla fundamental	267
7.2.3	La asociación libre en el proceso analítico	274
7.3	La atención parejamente flotante	279
7.4	El diálogo psicoanalítico y la regla de la contrapregunta: ¿Contestar, o no contestar?	285
7.4.1	Fundamentación e historia del estereotipo	288
7.4.2	Las reglas de la cooperación y del discurso	293
7.4.3	El hallazgo del objeto y el diálogo	295
8	Medios, vías y fines	299
8.1	Tiempo y espacio	299
8.2	Heurística psicoanalítica	306
8.3	Medios específicos e inespecíficos	309
8.3.1	Puntos de vista generales	309
8.3.2	El recordar y la reconstrucción	312
8.3.3	Intervención, reacción e "insight"	316
8.3.4	Nuevo comienzo y regresión	323
8.4	Interpretación transferencial y realidad	327
8.5	El silencio	344
8.6	La actuación	350
8.7	La reelaboración	358
8.8	Aprendizaje y reestructuración	365
8.9	Terminación	372
8.9.1	Consideraciones generales	372
8.9.2	Duración y límites	374

<u>8.9.3 Criterios de terminación</u>	<u>379</u>
<u>8.9.4 La fase postanalítica</u>	<u>381</u>
<u>9 El proceso psicoanalítico</u>	<u>385</u>
<u>9.1 La función de los modelos de proceso</u>	<u>386</u>
<u>9.2 Características de los modelos de proceso</u>	<u>389</u>
<u>9.3 Modelos de proceso psicoanalítico</u>	<u>394</u>
<u>9.4 El modelo de proceso de Ulm</u>	<u>401</u>
<u>10 La relación entre la teoría y la práctica</u>	<u>409</u>
<u>10.1 La gran pregunta de Freud</u>	<u>409</u>
<u>10.2 La práctica psicoanalítica a la luz de la unión inseparable</u>	<u>412</u>
<u>10.3 El contexto de la fundamentación de la teoría del cambio</u>	<u>417</u>
<u>10.4 Los diferentes requisitos para las teorías</u> <u>en las ciencias puras y en las aplicadas</u>	<u>421</u>
<u>10.5 Consecuencias para la acción terapéutica psicoanalítica</u> <u>y para la justificación científica de la teoría</u>	<u>424</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>429</u>
<u>Índice de nombres</u>	<u>471</u>
<u>Índice temático</u>	<u>481</u>

## Introducción

### Antecedentes históricos

Como autores alemanes de un texto de psicoanálisis, creemos adecuado hacer algunos comentarios sobre la disolución del psicoanálisis en nuestra patria durante los años treinta y su nuevo comienzo después de la segunda guerra mundial.

El psicoanálisis, tanto como método de tratamiento y como teoría, vive de la posibilidad de dirigir los procesos cognitivos al reencuentro de un objeto que toma una nueva forma en el instante de ser reencontrado, es decir, el instante en que alcanza la conciencia a través de la iluminación interpretativa. En lo pequeño y en lo grande, en la propia historia personal y en el proceso terapéutico, así como en las ciencias psicosociales en general, el dictamen de Heráclito, de que no es posible bañarse dos veces en el mismo río, es de gran significado: el hallazgo del objeto no es sólo un reencuentro, sino, en lo esencial, también un nuevo hallazgo, un nuevo descubrimiento. Al lector familiarizado con la obra de Freud, no se le habrá escapado la alusión a su formulación de que "el hallazgo (encuentro) de un objeto es en realidad un reencuentro" (1905d, p.203). El psicoanálisis se ha hecho parte de nuestra historia intelectual y puede así ser redescubierto, aun si circunstancias históricas puedan conducir -como en Alemania de hecho condujeron- a una interrupción de esta tradición. Durante el Tercer Reich, la obra de Freud permaneció inaccesible para la mayoría de los alemanes, y la ciencia fundada por él, proscrita. Los psicoanalistas judíos corrieron la misma suerte de los demás judíos en la Alemania nacionalsocialista y en los territorios ocupados de Europa. Freud, ya en edad avanzada, logró ponerse a salvo y salvar a sus familiares más cercanos, al irse al exilio a Inglaterra. Sus hermanas, que no pudieron acompañarlo, murieron en un campo de concentración. Los psicoanalistas alemanes de todas las generaciones cargan con la historia de un modo que va más allá de las consecuencias del holocausto, como lo expresó R. von Weizsäcker (1985) en su discurso conmemoración de los cuarenta años del término de la segunda guerra mundial. A pesar de que el psicoanálisis de hoy es ciertamente independiente de su fundador, y en su carácter científico se mantiene al margen de cualquier credo religioso, todo analista, sin embargo, necesariamente nace dentro de una genealogía judía y adquiere su identidad profesional a través de la identificación con la obra de Freud. Esta situación produce numerosas dificultades, que penetran profundamente en el incons-

ciente, las cuales, de un modo u otro, los psicoanalistas alemanes han intentado resolver desde 1945.

Estos problemas se hacen más comprensibles si consideramos lo afirmado por Klauber en 1976, en un simposio sobre la identidad del psicoanalista convocado por el consejo ejecutivo de la Asociación Psicoanalítica Internacional (Joseph y Widlöcher 1983). Klauber (1981), convincentemente, señaló las consecuencias persistentes que la identificación con el padre intelectual del psicoanálisis tuviera sobre sus discípulos y de este modo sobre la historia del psicoanálisis. Freud mis-mo describió las consecuencias de la recepción por identificación en sus escritos *Duelo y melancolía* (1917e) y *La transitoriedad* (1916a). Klauber cree que los psi-coanalistas no han sido capaces de aceptar plenamente la muerte de Freud. Los procesos inconscientes ligados a esto, conducen, por un lado, a una restricción de nuestro propio pensamiento y, por el otro, a la incapacidad de percibir los alcances de la transitoriedad de las ideas científicas, filosóficas y religiosas, y, entre ellas, de las teorías de Freud. La interpretación de Klauber ofrece una explicación para el hecho del por qué la rigidez y la revuelta corren paralelamente en la historia del psicoanálisis, y también para la pregunta acerca de la identidad del psicoanalista, como foco de interés en este último tiempo. El hecho de que la identidad del psico-analista fuese escogida como el tema para el simposio de la IPA, muestra, en sí mismo, el sentimiento de los analistas de que ellos ya no pueden contar con su identificación con la obra de Freud. El que el psicoanálisis sufra cambios, se debe, no en último lugar, a las contribuciones originales de los mismos analistas que han demostrado la naturaleza transitoria de algunas de las ideas de Freud. Las profundas reflexiones de Klauber, que presentamos aquí resumidamente, aclaran por qué precisamente la profesión psicoanalítica, más que ninguna otra, se interesa por su identidad (Cooper 1984a; Thomä 1983c).

El concepto de identidad introducido por Erikson (1959), con sus implicaciones psicosociales, ilumina la inseguridad de los psicoanalistas alemanes desde 1933 hasta la actualidad. Pues su dilema (llevado, en un nivel inconsciente, hasta sus últimas consecuencias), conduce al hecho de que ellos buscan identificarse con las ideas de un hombre cuyos discípulos judíos fueron asesinados por los alemanes. Volveremos al problema de la formulación de algunos aspectos de este conflicto, en términos específicamente eriksonianos; pero primero, con el objeto de consi-derar otro aspecto comparativamente más superficial de los problemas de los ana-listas alemanes con la identificación, es necesario tener una visión resumida de la desmantelación de los institutos psicoanalíticos alemanes en los años treinta.

Después de la disolución del famoso Instituto Psicoanalítico de Berlín y de la Sociedad Psicoanalítica Alemana, conjuntamente con sus grupos de estudio en la región suroeste, en Leipzig y Hamburgo, los pocos psicoanalistas no judíos que permanecieron, buscaron caminos para mantener su existencia profesional. Por un lado, se dedicaron a la práctica privada y, por otro, intentaron una cierta indepen-dencia dentro del Instituto Alemán para la Investigación Psicológica y

Psicoterapia (Deutsches Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie), fundado en 1936 y dirigido por M.H. Göring (un primo de Hermann Göring), el que, abre-viadamente, se denominara Instituto Göring. El entrenamiento de los jóvenes psi-coanalistas continuó ahí, a pesar de que el instituto presionaba considerablemente debido a las metas que se había propuesto. El propósito de poner todas las escuelas de psicología profunda (escuela freudiana, adleriana y jungiana) bajo un mismo te-cho, es decir, en un instituto localizado en Berlín con dependencias en otras ciu-dades (por ejemplo, Munich, Stuttgart y, posteriormente, Viena), era el de promo-ver una psicoterapia aria (deutsche Seelenheilkunde; Göring 1934), y crear una psicoterapia estandarizada. Los testimonios de Dräger (1971), Baumeyer (1971), Kemper (1973) Riemann (1973) Bräutigam (1984) y Scheunert (1985), así como el estudio hecho por Locket (1985), han iluminado diversos aspectos de la in-fluencia de las circunstancias históricas sobre las condiciones de trabajo en este instituto.

Los estudios históricos de Cocks (1983, 1984) concluyen que la conducción conjunta de todas las corrientes psicológicas bajo un mismo techo tiene, a largo plazo, consecuencias y efectos secundarios positivos. Por otro lado, no se puede ser muy enfático al afirmar que estos efectos (de ninguna manera buscados) puedan juzgarse como positivos, sólo en el caso de que sean absolutamente independientes de la psicoterapia unificada y determinada ideológicamente (la cual era la meta oficial).

El que "no haya mal que por bien no venga", siempre será dudoso para los descendientes; podríamos pensar, con las palabras del profeta Jeremías (31, 29) y de Ezequiel (18, 2), que "los padres comieron las uvas ácidas, pero a los hijos se les pusieron romos los dientes". A decir verdad, desde el punto de vista psico-analítico se podría sugerir, precisamente, que las ideologías se conectan íntima-mente con procesos inconscientes y de esta manera sobreviven, e incluso toman un nuevo contenido en esas conexiones. Lifton (1985) ha señalado, correctamente, que Cocks prestó poca atención a este punto y es mérito de Dahmer (1983) y otros, el que este problema haya sido puesto de actualidad. La incorporación, en un instituto, de todos los psicoterapeutas que basaban su trabajo en la psicología profunda, condujo al desarrollo de intereses comunes y a consensos entre representantes de las distintas orientaciones. La necesidad de la época reforzó los vínculos entre ellos. La idea de la sinopsis, de una psicoterapia sinóptica o de la amalgama de los elementos esenciales de todas las escuelas, so-brevivió aún mucho tiempo más. En 1949, se fundó la Sociedad Alemana para la Psicoterapia, Psicosomática y Psicología Profunda (Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie, posteriormente rebautizada para incluir la psicosomática). Los efectos positivos de la fundación de esta sociedad "techo" se pueden apreciar hasta el día de hoy. Desde entonces los intereses profesionales se persiguen en conjunto.

Los psicoterapeutas de orientación analítica encuentran un foro en los congresos anuales y bianuales. Sin embargo, una cosa es perseguir intereses comunes

basados en acuerdos en relación a los principios generales en psicología profunda y

otra totalmente distinta es aplicar consistentemente un método de investigación y tratamiento, y desarrollar y verificar una teoría.

La idea de sinopsis brota del anhelo de unidad que aparece de las más variadas formas. Desde el punto de vista científico, era ingenuo pretender alcanzar una psi-coterapia sinóptica y una amalgama de escuelas; por lo demás, esto implicaba una subestimación de los procesos de dinámica de grupo (Grunert 1984). Las investigaciones actuales sobre los factores generales y específicos en psicoterapia son de ayuda para identificar tanto los rasgos comunes como las diferencias de los distintos enfoques. Por supuesto, es necesario definir el método usado y las teorías básicas. En la práctica, un enfoque ecléctico pone las más altas exigencias al conocimiento y la habilidad profesional. Más aún, los elementos combinados deben, no sólo ser compatibles, sino también, y sobre todo, capaces de ser integrados por el paciente. Se trata entonces, más que de un eclecticismo craso, de la aplicación de un procedimiento pluralista centrado en el paciente y sus necesidades.

Las numerosas consecuencias de los largos años de aislamiento se hicieron aparentes después de la guerra. Se formaron grupos en torno a H. Schultz-Hencke y C. Müller-Braunschweig. Schultz-Hencke, que había seguido su propio camino aun antes de 1933, creía haber seguido desarrollando el psicoanálisis durante los años de aislamiento. Como lo ha mostrado Thomä (1963, 1969, 1986), el entendimiento restringido de la transferencia en su enfoque neopsicoanalítico, tuvo efectos duraderos, en el mismo tiempo en que la extensión de la teoría y la práctica de la transferencia había empezado en la comunidad psicoanalítica internacional. Por otro lado, la crítica de Schultz-Hencke de la teoría de la libido y la meta-psicología durante el primer congreso de la IPA, en Zürich, no causaría hoy en día sensación, y podría, en realidad, ser compartido por muchos analistas. En aquella época, empero, los conceptos y las teorías eran indicadores aún más importantes de la propia identidad psicoanalítica de lo que lo son hoy en día.

Los psicoanalistas judíos emigrados y los miembros de la Asociación Psicoanalítica Internacional pusieron su confianza en Müller-Braunschweig, quien había permanecido fiel a las enseñanzas de Freud y que no alegó haber seguido desarrollándolas durante los años del aislamiento, o haberles dado un nuevo lenguaje. Diferencias en el contenido y en lo personal además de dinámicas grupales, condujeron a una polarización, y Schultz-Hencke se ofreció para el rol de chivo expiatorio. En 1950 Müller-Braunschweig fundó la Asociación Psicoanalítica Alemana (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, DPV) con 9 miembros, todos en Berlín, mientras la mayoría de los cerca de 30 psicoanalistas alemanes permanecieron en la Sociedad Psicoanalítica Alemana (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft, DPG). La fatal escisión implantó en 1950 una cesura: sólo la DPV fue reconocida como asociación rama de la Asociación Psicoanalítica Internacional. La tradicional Sociedad Psicoanalítica

Alemana, originalmente fundada por Abraham en 1910, no será más sociedad componente de la asociación internacional y se afiliará, en cambio, con la American Academy of Psychoanalysis.

Berlín no fue sólo el escenario de la división en dos grupos profesionales. La ciudad destruida fue también el centro de la reconstrucción del psicoanálisis después de 1945. Un factor decisivo en el reconocimiento de la Asociación Psicoanalítica Alemana por la Asociación Psicoanalítica Internacional, fue el que el Instituto Psicoanalítico de Berlín, cuyos miembros eran los mismos que componían la asociación alemana, tomara a su cargo la formación de analistas. Sólo a través de este instituto, los psicoanalistas alemanes de la primera generación de postguerra podían lograr la asociación con la IPA. Al principio, en Alemania occidental hubo sólo un miembro de la asociación internacional fuera de Berlín: F. Schottlaender en Stuttgart.

El posterior reconocimiento oficial del psicoanálisis por el sistema de seguridad social también empezó en Berlín. El Instituto para Enfermedades Psicogénicas (Institut für psychogene Erkrankungen) fue fundado en 1946 bajo la dirección de W. Kemper y H. Schultz-Hencke. Fue el primer policlínico psicoterapéutico financiado por una organización semiestatal, la que más tarde llegara a ser la Caja Comunal General de Seguros de Enfermedad (Allgemeine Ortskrankenkasse) de Berlín. Esta fue la primera piedra para el reconocimiento de la terapia psicoanalítica por todas las demás organizaciones de seguros de salud. En este policlínico hubo permanentemente también profesionales no médicos. Después que en el Instituto para la Investigación Psicológica y Psicoterapia se introdujera el status profesional de psicólogo tratante, los psicoanalistas no médicos pudieron participar sin mayores dificultades en el tratamiento de pacientes. Desde 1967, los psicoanalistas no médicos pueden tratar pacientes dentro del marco del sistema de seguros de salud.

En 1950, y gracias a la iniciativa de Víctor von Weizsäcker y con el apoyo de la fundación Rockefeller, se fundó la clínica psicosomática de la universidad de Heidelberg (Alemania Federal), bajo la dirección de Alexander von Mitscherlich; institución en que, bajo un mismo techo, se impartía formación psicoanalítica, se atendían pacientes y se hacía investigación. Por primera vez en la historia de la universidad alemana, el psicoanálisis se estableció de la manera como lo había avistado Freud, en un trabajo publicado originalmente sólo en húngaro (1919j) y que ha permanecido relativamente desconocido (Thomä 1983b). La subsecuente fundación del Instituto Sigmund Freud en Francfort, una institución estatal, se debió a los esfuerzos de Mitscherlich y fue apoyada por T.W. Adorno y M. Horkheimer.

Muchos psicoanalistas alemanes de las primeras generaciones de postguerra comenzaron como autodidactas. Sus análisis didácticos fueron comparativamente cortos. El denominador común de estos analistas era su curiosidad intelectual y entusiasmo, casi se diría amor, por la obra de Freud, por cuyo reconocimiento se luchaba celosamente. Este modo de relacionarse con el psicoanálisis es signo distintivo de productivos períodos pioneros (A. Freud 1983). Lo que más



profundamente impresionó a la generación de postguerra fue que psicoanalistas extranjeros de habla alemana ofrecieran, altruistamente, ayuda y asistencia, dejando de lado sus sentimientos personales, a pesar del destino sufrido, de persecución y huida de la opresión de la Alemania nazi, e incluso también a pesar de los dolientes asesinatos de familiares.

Un evento significativo que simboliza esta promoción tanto desde el exterior como del interior, fue la serie de conferencias sobre "Freud en la actualidad" (Adorno y Dirks 1957). Estas conferencias fueron organizadas a propósito de la conmemoración del centenario del nacimiento de Sigmund Freud. La conferencia inaugural, el 6 de mayo de 1956, fue pronunciada por E.H. Erikson en presencia del entonces presidente de la República Federal de Alemania, Theodor Heuss. Once psicoanalistas norteamericanos, ingleses y suizos dictaron una serie de conferencias en las universidades de Heidelberg y Frankfurt durante el semestre de verano de 1956. Estas conferencias fueron producto de la iniciativa de Adorno, Horkheimer y Mitscherlich, con la ayuda sustancial del gobierno del estado de Hessen.

El posterior desarrollo psicoanalítico en Alemania Federal fue influido de manera muy positiva por el hecho de que en varios lugares se abrieran posibilidades de entrenamiento a tiempo completo, como A. Freud (1971) reclamó para el training psicoanalítico actual. La fundación alemana para la investigación (Deutsche Forschungsgemeinschaft), promovió la nueva generación de analistas mediante ayuda financiera parcial para análisis didáctico y supervisión, como resultado de un informe que esta institución había comisionado, y cuyo título es *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und psychosomatischen Medizin* ([Memoria sobre la situación de la psicoterapia médica y la medicina psicosomática]; Görres y cols. 1964). Supervisiones intensivas, discusiones casuísticas con numerosos psicoanalistas europeos y americanos que representaban aproximadamente todas las escuelas psicoanalíticas, así como los períodos de trabajo que algunos miembros de las primeras generaciones de postguerra pasaron en el extranjero, hicieron posible superar lentamente el déficit de conocimientos originado durante el período nazi y alcanzar un nivel internacional de trabajo a mediados de los años sesenta (Thomä 1964). Las numerosas identificaciones que surgen durante la transmisión de conocimientos parecen tener efectos deletéreos sólo si éstas se mantienen aisladas unas de otras y no se integran de manera científica a la obra de Freud, a través de la discusión crítica.

El rápido crecimiento del psicoanálisis en Alemania Federal puede verse en el hecho de que las dos organizaciones psicoanalíticas (la Asociación Psicoanalítica Alemana (DPV) y la Sociedad Psicoanalítica Alemana (DPG)), cuentan actualmente, en conjunto, con un total de aproximadamente 650 miembros. También es considerable el interés de las disciplinas vecinas por el psicoanálisis, aunque un trabajo común interdisciplinario genuino se restrinja a unos pocos lugares. En comparación a otros países, el número de médicos y psicólogos que buscan hacer un entrenamiento psicoanalítico es muy grande. En

muchas universidades alemanas los departamentos de psicoterapia y psicosomática son dirigidos por psicoanalistas, de modo que se pueden augurar buenas posibilidades para la urgente necesidad de intensificar la investigación psicoanalítica, siempre que en las universidades se logre enraizar y extender, en forma permanente, el paradigma científico de Freud. El significado de la aplicación médica del psicoanálisis va mucho más allá de su técnica específica de tratamiento, y la idea de Balint sobre este punto ha sido aceptada ampliamente por el gremio médico alemán, más que en ninguna otra parte. Existen en Alemania más grupos Balint que en otros países, cuyo objetivo es que sus miembros revisen su actividad terapéutica bajo puntos de vistas interaccionales para así posibilitar un tipo de relación médico-paciente que tenga una influencia favorable sobre el desarrollo de la enfermedad.

A pesar del reconocimiento internacional por el restablecimiento del psicoanálisis en Alemania a partir del año 1945, los analistas alemanes tienen muchos más problemas de identidad profesional que sus colegas de otros países. Muchos de ellos son inseguros y muestran una actitud escolar y ortodoxa hacia los representantes de la Asociación Psicoanalítica Internacional, aun cuando éstos no reprochen en nada los estándares del entrenamiento psicoanalítico alemán (Richter 1985; Rosenkötter 1983). Visto sobre el trasfondo de los acontecimientos históricos, no es de extrañar que los psicoanalistas alemanes sean extraordinariamente vulnerables a los procesos inconscientes señalados por Klauber. Muchos no pueden idealizar suficientemente la obra de Freud, otros luchan por afirmar su propia identidad, mientras algunos a su vez la cuestionan (profilácticamente, sin duda, por miedo a ser vistos como arrogantemente independientes). Todo esto es sintomático de aquella crisis de identidad que Erikson caracterizó como de "autonomía versus vergüenza y duda" (Erikson 1959). A los analistas alemanes no les está permitida la cómoda manera habitual de reafirmar las identidades profesionales propias a través de la crítica teórica a Freud (el padre fundador), pues esto es sentido como una identificación con aquellos que lo rechazaron política y racialmente y persiguieron a él y a su pueblo; de ahí la ambivalencia entre la ortodoxia servil y la formación reactiva "neurótica" en contra de ella. Nuevamente, aun cuando pudieran haber razones científicas legítimas para buscar una teoría "sinóptica" consensual de psicología profunda (que podría ser tonificada por diferentes escuelas de práctica y así evitadas las idiosincrasias mal fundadas), los analistas alemanes no pueden simpatizar con este proyecto sin sentir que se están vendiendo a la malevolente "psicoterapia aria".

Tales preocupaciones sirven para encadenar el potencial creativo y crítico al pasado y para hacer más difícil la solución de los problemas actuales del psicoanálisis. La duda, sin embargo, como un ímpetu para el cambio y el progreso, no debe restringirse a las cuestiones históricas en relación a las cuales se sacrificaron, en distintos puntos, componentes de las enseñanzas de Freud en el curso de la acomodación a circunstancias políticas o por otras razones no

científicas. La incriminación de los padres y abuelos reales e intelectuales y la denuncia de sus errores personales y políticos, puede también ser empleada, fuera del contexto de la terapia, como una forma de resistencia en contra de la realización de las tareas que el presente impone. Una base promisorio para un fructífero nuevo comienzo, pareciera más bien emerger de la comparación entre los problemas pasados y los actuales. Freud llegó a una alentadora conclusión en sus reflexiones sobre la transitoriedad de los logros de la belleza, el arte y el intelecto. Allí planteó que el duelo llega en un momento a su fin y que la pérdida es finalmente aceptada, y, entonces, gente joven sustituye "los objetos perdidos por otros nuevos que sean, en lo posible, tanto o más apreciables" (Freud 1916a, p.311).

### **Señales para la lectura**

Después de revisar en el capítulo 1 los problemas a que actualmente se enfrenta el psicoanálisis, los demás capítulos de este volumen se organizan en tres partes. La primera comprende los capítulos 2 al 5 y básicamente cubre los conceptos y teorías fundamentales de la técnica psicoanalítica, tales como transferencia y relación analítica, contratransferencia, resistencia e interpretación de los sueños. Empezamos dando especial atención a la transferencia, núcleo de la terapia psicoanalítica. La contribución del analista a todas las manifestaciones de la transferencia no depende solamente de su contratransferencia, sino también de su teoría sobre la génesis de las neurosis y de las enfermedades psicosomáticas.

En la segunda sección (capítulos 6 al 8), describimos y discutimos críticamente los pasos necesarios en la iniciación y conducción del tratamiento psicoanalítico. El capítulo 6 trata de la entrevista inicial y de la influencia de terceras partes en el proceso psicoanalítico; el capítulo 7 cubre las reglas que el analista emplea y sigue. El capítulo 8 es particularmente extenso, pues numerosos son los "medios, vías y fines" que comprende. Medios, vías y fines están interrelacionados en el proceso psicoanalítico y no estamos de acuerdo con que el único medio sea la interpretación ni que la vía sea el fin. Por otro lado, tampoco deseamos reducirnos a una meta limitada y específica.

La tercera parte comienza con el capítulo 9, en la cual discutimos la utilidad de los modelos de proceso psicoanalítico para la clasificación de las descripciones clínicas que hemos presentado en la discusión de los medios, vías y fines. La relación entre teoría y práctica conforma el horizonte implícito de todo el libro y es el foco de discusión del capítulo 10. Este tema constituye uno de los problemas más importantes y significativos, tanto en la teoría como en la práctica del psicoanálisis.

Tradicionalmente, los fundamentos de la técnica psicoanalítica han sido buscados en la teoría general y especial de las neurosis. Sin embargo, a la luz de las divergencias surgidas del pluralismo y del mayor conocimiento sobre la

autonomía de los problemas del tratamiento, no podemos derivar la práctica psicoanalítica de una teoría comúnmente aceptada sobre la génesis y curso de las enfermedades mentales. Tales supuestos ideales han sido siempre ilusorios en vista de la compleja relación entre teoría y práctica.

El objetivo de nuestra discusión acerca de la teoría de la terapia y sus conceptos más importantes, es salvaguardar la aplicación de la técnica psicoanalítica al amplio espectro de enfermedades psíquicas y psicosomáticas. Al preparar el manuscrito, nuestra exposición de los conceptos centrales alcanzó tales proporciones, que no fue posible dar espacio a presentaciones detalladas de casos reales dentro de un mismo volumen. No siendo de aquellos que hacen algo a medias, en un segundo volumen mostraremos variados tipos de diálogos psicoanalíticos, donde éstos se-rán extensamente discutidos a la luz de los puntos de vista presentados en el primer volumen. Creemos que separando en dos volúmenes los fundamentos de los diálogos, se hace más justicia a ambos, que esquematizándolos apretadamente en uno solo, y donde la falta de espacio nos habría impedido desarrollar nuestros temas suficientemente para mostrar que los fundamentos y la práctica (diálogos) se legitiman mutuamente. Por ahora, los argumentos teóricos tendrán que hablar por sí mismos.

En este punto quisiéramos dedicar algunas palabras al capítulo 1, donde introducimos a los problemas a que se enfrenta el psicoanálisis. Después de considerar la situación actual del psicoanálisis y de examinar nuestra propia práctica, hemos llegado al punto de vista que está en la base de nuestra visión de los problemas de la teoría y la práctica. Nuestro leitmotiv, el aporte del analista al proceso psicoanalítico, atraviesa todo el libro. Las observaciones sobre nuestro punto de vista, nuestra elección del leitmotiv y nuestra visión de la situación del psicoanálisis se suplementan mutuamente.

En la sección sobre la crisis de la teoría revisamos las consecuencias de la controversia de si acaso el psicoanálisis debe entenderse como una ciencia explicativa o comprensiva. Mostramos cómo la crítica a la metapsicología tiene mucha mayor relevancia para la práctica de lo que generalmente se piensa. Hay muchos indicios de que el paradigma de Freud saldrá renovado de esta crisis. Con el objeto de demostrar claramente esta crisis, discutimos la situación actual del psicoanálisis desde varios puntos de vista. La última sección del primer capítulo trata de las convergencias. En el interior del psicoanálisis, distinguimos muchos intentos de integración, o al menos esfuerzos científicos serios de resolver las diferencias de opinión de manera más clara que antes. Confiamos que el estilo argumentativo de este libro contribuirá a la integración. Finalmente, no podemos dejar de notar la convergencia del psicoanálisis con las disciplinas vecinas, lo que podría eventualmente conducir al establecimiento de un mayor grado de unidad que el que se podría esperar en base a las numerosas divergencias evidentes en la situación actual. Como un ejemplo del estímulo proveniente de la cooperación interdisciplinaria, discutimos la significación para la práctica psicoanalítica de algunos aspectos de la investigación neonatológica.

Al titular estas notas "señales para la lectura" (Wegweiser: mojón, señal o indicador de camino), aludimos al pasaje de Wittgenstein que citamos en la sección 7.1. En este pasaje, Wittgenstein se refiere a las numerosas funciones que una señal de camino puede tener, dependiendo de la ubicación y de la meta del viajero. Como un poste de señalización, nuestras anotaciones no pueden indicar aquí todo lo que el viajero podrá encontrar cuando llegue a su destino o cómo lo comparará con las expectativas que se había formado a través del tiempo. Debemos pedir indulgencia por nuestra decisión de restringirnos a sólo algunas pocas recomendaciones precisas y, por el contrario, insistir en una consideración crítica de los medios, vías y fines. Este enfoque representa una alianza entre nuestro estilo personal y la convicción de que a largo plazo es más favorable examinar la función de las reglas desde el comienzo mismo que dejar que ellas dicten el camino que podríamos tomar.

Al viajero menos experimentado, le haríamos la recomendación de comenzar con los capítulos que consideramos menos difíciles. Es probablemente una buena idea empezar leyendo sobre nuestro punto de vista general y el leitmotiv del libro, el aporte del analista al proceso psicoanalítico (secciones 1.1, 1.2; la sección crisis de la teoría, 1.3, tiene pasajes que pueden ser difíciles de entender). El capítulo sobre las reglas (capítulo 7) es particularmente importante para el método psicoanalítico, aunque las reglas toman vida cuando se las considera en el contexto de la transferencia, la contratransferencia y la resistencia en la situación analítica. Podría entonces parecer natural empezar con la primera entrevista y el rol de las terceras partes (capítulo 6). Así podríamos seguir, pero no queremos que este poste de señalización desanime al lector a tomar su propio camino. Una última palabra: el uso del masculino genérico en el texto fue dictado por la conveniencia; no podríamos estar cada vez escribiendo "él o ella" o "él/ella" o algo por el estilo.

# 1 La situación actual del psicoanálisis

## 1.1 Nuestro punto de vista

A lo largo de este libro, nos remitiremos frecuente y extensamente a la obra de Freud. Por esta razón, queremos comenzar delineando nuestra manera de entender su obra, así como nuestro punto de vista general en relación al psicoanálisis. El citar extensamente a Freud sirve a varias causas. La más importante de éstas, se refiere a que, a pesar de algunos excelentes intentos de sistematización, es válida aún hoy la afirmación de que "lo mejor para comprender al psicoanálisis es estudiar su génesis y su desarrollo" (Freud 1923a, p.231). La asimilación de los textos clásicos sigue siendo así un prerequisite para comprender los problemas contemporáneos del psicoanálisis y para poder encontrar soluciones adecuadas a los tiempos modernos.

En este volumen, pretendemos lograr una descripción sistemática del psicoanálisis orientada históricamente. Queremos así salir al encuentro de las fuentes que han alimentado la vertiente del psicoanálisis, empleando citas que demuestren las líneas de desarrollo que han conducido a las ideas actuales. Por esto, los pasajes que citamos sirven de medio para alcanzar un fin: justificamos y fundamentamos nuestras opiniones en un proceso de interacción argumentativa con el mismo Freud. Las divergencias y contradicciones que aparecen en la obra de Freud y sus variaciones a lo largo de las décadas, testimonian la apertura del psicoanálisis, el cual "sigue tanteando en la experiencia, siempre inacabado y siempre dispuesto a corregir o variar sus doctrinas" (Freud 1923a, p.249). La fundamentación básica se encuentra contenida en los siguientes tres pasajes:

En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una unión inseparable entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción. Sólo cuando cultivamos la cura analítica de almas ahondamos en la intelección de la vida anímica del ser humano, cuyos destellos acabábamos de entrever. Esta perspectiva de ganancia científica fue el rasgo más preclaro y promisorio del trabajo analítico (Freud 1927a, p.240; la cursiva es nuestra). Los análisis que obtienen un resultado favorable en breve lapso quizá resulten valiosos para el sentimiento de sí del terapeuta y demuestren la significación médica del psicoanálisis; pero las más de las veces son infecundos para el avance del conocimiento científico. Nada nuevo se aprende de ellos. Se lograron tan rápido porque ya se sabía todo lo necesario para su solución. Sólo se puede aprender algo nuevo de análisis que ofrecen particulares dificultades, cuya superación demanda mucho tiempo. Sólo en estos casos se consigue descender hasta los estratos más profundos y primitivos del desarrollo anímico y recoger desde ahí las soluciones para los problemas de las conformaciones posteriores. Uno se dice entonces que, en rigor, sólo merece llamarse "análisis" el que ha avanzado hasta ese punto (Freud 1918b, p.11-12; la cursiva es nuestra).

Les dije que el psicoanálisis se inició como una terapia, pero no quise recomendarlo al interés de ustedes en calidad de tal, sino por su contenido de verdad, por las informaciones que nos brinda sobre lo que toca más de cerca al hombre: su propio ser; también, por los nexos que descubre entre los más diferentes quehaceres humanos. Como terapia es una entre muchas, sin duda "primus inter pares". Si no tuviera valor terapéutico, tampoco habría sido descubierta en los enfermos mismos ni desarrollado durante más de treinta años (Freud 1933a, p.145; la cursiva es nuestra).

Como estos pasajes muestran, Freud echó las bases de una edificación clásica que, sin embargo, siempre permanecerá inconclusa, y esto no solamente porque todo analista descubre material de edificación en cada análisis, aunque éstos ya hayan sido usados con anterioridad, sino más bien por razones de principio.

Las tres tesis expuestas contienen los componentes esenciales de un entendimiento causal de la terapia. Las reflexiones de Freud son válidas para cualquiera de las dos posibles desviaciones de la unión inseparable entre el curar y el investigar. El analista no puede darse por satisfecho con el mero éxito terapéutico. Su meta es explicar la génesis de las dolencias psíquicas, pero, sobre todo, saber cómo éstas cambian a lo largo de la terapia y, si no lo hacen, por qué. Los fracasos siempre representan los más grandes desafíos. La unión inseparable entre cura e investigación exige que tanto las condiciones determinantes de la génesis del tras-torno, como las de su cambio o eventual fracaso terapéutico, sean objeto de investigación científica. El psicoanálisis ha avanzado más allá de las terapias sugestivas, orientadas a la mera remoción de síntomas. El no lograr explicaciones para los factores curativos y el no esforzarse en alcanzar generalizaciones de los conocimientos ganados, sería equivalente a una recaída en un pragmatismo craso o en una "experimentación desenfundada" (Freud 1933a, p.142). En este sentido, Freud llegó a expresar su temor de que "la terapia mate a la ciencia" (1927a, p.238). El creía que sus reglas estrictas e imparciales de investigación clínica y de tratamiento creaban las mejores condiciones científicas para la reconstrucción de los recuerdos más tempranos, así como condiciones terapéuticas óptimas con el develamiento de las amnesias (1919e, p.181ss). Hoy en día sabemos que la realización de esta unión inseparable entre curar e investigar exige bastante más que dejar de lado la simple sugestión o seguir reglas de tratamiento estandarizadas. Ya Freud insistió en establecer las condiciones más favorables para el cambio en cada situación analítica individual, esto es, reconoció la necesidad de lograr una flexibilidad orientada hacia el paciente (1910d, p.136-7).

La creación de una situación terapéutica es requisito indispensable para avanzar en el conocimiento de las conexiones psíquicas inconscientes. Freud desestimó el valor científico de demostrar cambios terapéuticos y de clarificar los factores curativos. En este sentido, creyó una vez poder decir (1909b, p.86) que "un psicoanálisis no es una indagación científica libre de tendencia, sino una intervención terapéutica; en sí no quiere probar nada, sino sólo cambiar algo". Esta oposición es cuestionable. El objetivo principal en la investigación actual en terapia analítica es demostrar que a lo largo del tratamiento se

producen cambios y explicar éstos en relación con la teoría. Muchos problemas deben ser resueltos, sin embargo, si se quiere hacer justicia a esta exigencia. Para Freud, el establecimiento de las co-nexiones causales tenía prioridad. Este es el principio en el cual se basa el psico-análisis clásico y que lo distingue de las terapias sugestivas. Este principio lo ejemplificó Freud mediante una anécdota, en su toma de posición frente al dictamen pericial de la facultad de medicina de Innsbruck en el caso Halsmann (1931d). Philipp Halsmann había sido acusado de ser el asesino de su padre; la defensa esgrimía como factor atenuante el complejo de Edipo. El punto a aclarar, sin embargo, era el de la relación causal entre el complejo de Edipo y la autoría, controvertida, del parricidio. Freud señaló que existe un largo camino desde el complejo de Edipo hasta la causa que motivó este hecho [o cualquier síntoma en general, añadimos nosotros]: "justamente por su omnipresencia, el complejo de Edipo no se presta a extraer una conclusión sobre la autoría del crimen" (Freud 1931d, p.250; la cursiva es nuestra). Si en lugar del parricidio se colocara otra conducta o síntoma, se podrían reproducir distintas polémicas psicoanalíticas. Más aún, el poder discriminatorio o específico de explicación aumenta mínimamente, si a la patología unitaria se le agrega un sistema de dos clases (edípico versus preedípico). Freud ilustró este principio básico, de que la "omnipresencia" nada demuestra, mediante la siguiente anécdota:

Se había producido una violación de domicilio. Se condena como delincuente a un hombre a quien se le encontró una ganzúa. Tras el pronunciamiento de la sentencia, y preguntado el reo si tenía alguna observación que hacer, pidió ser penado además por adulterio, pues también tenía el instrumento para cometerlo (1931d, p.250).

Pseudoaclaraciones globales no dicen más de lo que, por ejemplo, el mito del pecado original explica en el campo de la teología. Del mismo modo como cuando se piensa que todas las enfermedades del mundo pueden ser curadas haciendo cambios en uno u otro punto, una fuerte fascinación es ejercida a través de la idea de que los desórdenes mentales tienen una etiología edípica o preedípica estándar y que hay, correspondientemente, dos clases de terapia, polarizadas entre interpretación y relación (Cremerius 1979). Con esto, los estratos más profundos se hacen equivalentes a los factores patogenéticos más tempranos y poderosos, y así se pretende explicarlo todo. Varias escuelas violan la idea central del enfoque clásico, en el nombre de sus respectivas estandarizaciones, cuando no buscan o ni siquiera intentan ofrecer las evidencias necesarias, o las presuponen ya dadas. Si se intenta llevar a la práctica los principios contenidos en las tres tesis anteriormente citadas, se debe entender un psicoanálisis en permanente construcción. Los conocimientos previamente ganados deben ser constantemente verificados. El descenso hacia los estratos patogenéticos más profundos debe poder justificarse por la solu-



ción de los problemas actuales, los cuales, a su vez, dependen de factores patogénicos profundamente enraizados.

Se puede inferir de las tesis de Freud, de que los análisis que se desenvuelven dentro de un territorio conocido avanzan más de prisa que aquellos que irrumpen en lo desconocido. El oficio del analista, es decir, la significativa intervención de su conocimiento, habilidad y experiencia, debe incluso llevar hacia una aceleración de la terapia. La autoestima, tanto del analista como del paciente, aumenta cuando el éxito previsto se alcanza con anterioridad. De hecho, hay muchas terapias cortas (considerando su duración y el número total de sesiones) exitosas, que logran cambios verdaderamente duraderos, las cuales no pueden ser descartadas como meras curas sintomáticas o transferenciales. Los análisis que logran llegar a un término favorable en un corto tiempo, parecen sin embargo no ser hoy en día muy valorados y no son precisamente los más apropiados para aumentar el prestigio profesional. La tendencia es más bien la de inferir la calidad de un análisis en relación a su duración, pero donde queda abierta la pregunta, sin embargo, de si los conocimientos obtenidos en éste hacen justicia a los criterios terapéuticos y científicos.

La obra de Freud puede ser citada para justificar distintas conceptualizaciones. Así, no puede dejarse de lado el hecho de que Freud se dejó guiar, en sus reflexiones terapéuticas y científicas, entre otras, por la idea de ser capaz algún día de eliminar todas las demás influencias y llegar a la interpretación pura. La visión utópica del purismo interpretativo sostenida por Eissler (1958) en su disputa con Loewenstein (1958), habría podido solucionar enormes problemas prácticos y teóricos, de modo que es difícil resistirse a su fascinación. Nosotros gustosamente también la seguiríamos, si la experiencia no nos hubiera enseñado otra cosa. En este contexto, Freud (1919a, p.157-8) se formuló las siguientes preguntas: ¿Es suficiente "hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias"? "¿Debemos dejar luego al enfermo librado a sí mismo, que se arregle solo con las resistencias que le hemos mostrado? ¿No podemos prestarle ningún otro auxilio que el que experimenta por la impulsión de la transferencia?" Sería fácil agregar a estas preguntas otras, pero renunciamos a hacerlo, pues en este punto nos sale al encuentro la respuesta ejemplar de Freud, que nos parece importante y que respecto a las preguntas planteadas dice: "¿No parecería lo indicado socorrerlo [al paciente] también trasladándolo a la situación psíquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto?" De acuerdo al punto de vista de la técnica psicoanalítica estándar, es innecesario plantear otras consideraciones acerca de la estructuración de la situación analítica. Se alega que siguiendo las reglas que han sido establecidas, se crean las condiciones óptimas para el conocimiento de los componentes inconscientes de los conflictos. Según esto, en pacientes adecuados para el psicoanálisis, serían superfluas ayudas adicionales por medio de una estructuración flexible de la situación analítica, puesto que en este grupo de pacientes, el marco externo (esto es, la frecuencia de sesiones, el uso del

diván, etc.) se ha demostrado tan con-vincentemente adecuado, que cualquier reconsideración crítica es superflua. En la práctica, sin embargo, el arte de la interpretación psicoanalítica, núcleo de la técnica, es dependiente de muchos factores, cuya negación podría limitar tanto el poder teórico como la eficacia terapéutica del método psicoanalítico.

Las variaciones del método psicoanalítico que Freud recomendó, deben llevarse a cabo toda vez que se intente adaptar el método a pacientes individuales o a grupos de pacientes típicos. Mientras que la técnica estándar fue reduciendo cada vez más las indicaciones para el psicoanálisis y todo el esfuerzo se hacía en buscar pacien-tes adecuados para este método, una aplicación flexible del método llevó a modifi-caciones que ampliaron el uso de la terapia psicoanalítica. La técnica estándar exige una actitud selectiva respecto a la indicación, donde el paciente es el que se debe ajustar al método. Las técnicas modificadas permiten un conjunto adaptativo de indicaciones (Baumann 1981), donde el tratamiento es el que se adapta a las ca-racterísticas de cada paciente. Con esta perspectiva, se ha podido reconstituir un entendimiento terapéutico amplio, que debiera beneficiar a pacientes de todos los grupos de edad y estratos sociales respecto a un vasto espectro de enfermedades psíquicas y psicosomáticas. Con el aumento de las expectativas de vida, ha ami-norado también la restricción del análisis para pacientes que no están en la edad media de vida; esta restricción fue sugerida por Freud, pero ya cuestionada por Abraham en 1920. La aplicación del método psicoanalítico en el sentido de una indicación adaptativa para pacientes mayores y de edad avanzada, va de la mano con una ampliación de la teoría psicoanalítica: junto a la niñez temprana, se le otorga su debida importancia a las crisis y conflictos típicos en cada fase de la vida (adolescencia, adultez, edad media, edad avanzada) en el entendimiento de la pato-génesis de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas (Erikson 1959; Greenspan y Pollock 1980a, 1980b, 1981; Lidz 1968). Especialmente en pacientes geriá-tricos, la indicación adaptativa implica ciertamente una modificación de la técnica psicoanalítica (Steury y Blank 1981; Radebold 1982). Como lo veremos en más detalle en la sección 6.6, en el entretanto se ha colmado, en algunos países, la esperanza de Freud de que el tratamiento psicoanalítico practicado por analistas, tanto en sus consultas particulares como en instituciones, pueda favorecer a pa-cientes de todos los estratos sociales (Strotzka 1969a, 1969b, 1980).

Las teorías científicas clásicas no son monumentos antiguos y no debiera dárse-les el tipo de protección comúnmente acordado para este tipo de edificios. Por esto, a Valenstein (1979) le fue imposible encontrar una definición convincente de psicoanálisis "clásico", y demostró, mediante la ayuda de las acepciones dadas por el Webster's Dictionary para el concepto de "clásico", por qué esto es así. De a-cuerdo con una de las definiciones del Webster, una teoría, un método o un cuerpo de ideas reconocible y cerrado en sí mismo, puede ser descrito como "clásico", en general, cuando su área de validez se ha visto disminuida por nuevos desarrollos o por un cambio fundamental en su punto

de vista. También la segunda definición es reveladora: toda forma o sistema se puede denominar "clásico" en retrospectiva, cuando, en comparación con ulteriores formas modificadas o más radicales y que se derivan de ellas, mantienen su credibilidad y validez por un cierto tiempo. Esta definición es interesante a la luz del hecho de que Freud mismo habló sólo cuatro veces del método clásico, en retrospectiva y de un modo más bien casual, en el contexto de la teoría de la interpretación de los sueños, mencionando ya las modificaciones. Según él, aparte del método clásico de hacer asociar al paciente con los trozos de sueños aislados, habrían otras posibilidades de lograrlo (1933a, p.10s). Freud aconseja, entre otras cosas, indicarle "al soñante que busque primero en el sueño los restos diurnos, [...] cuando seguimos estos anudamientos, solemos hallar de un golpe el paso del mundo en apariencia remoto del sueño a la vida real del paciente" (1933a, p.11). Entonces, la denominación "técnica terapéutica clásica" no se originó con Freud, sino hizo su aparición con la introducción de modificaciones. Ferenczi fue su padrino, desde el momento en que dio a la técnica clásica su nombre. Inquieto por la reacción de renombrados analistas y finalmente por la del mismo Freud respecto a sus innovaciones, al otorgar a la experiencia un rol terapéutico relevante en comparación a los recuerdos, Ferenczi escribió una carta donde retornaba arrepentido a "nuestra técnica clásica" (Thomä 1983a). Así nació este término, el cual fue usado a comienzos de los años veinte para referirse a la preferencia, para Ferenczi terapéuticamente insatisfactoria, por el recordar y la reconstrucción intelectual (Ferenczi y Rank 1924). Sean cuales fueren las formas que la técnica clásica haya tomado en el futuro, ha sido fiel a sus marcas de nacimiento: justifica su existencia en contradistinción con sus desviaciones, distinción que por lo demás no se apoya en investigaciones empíricas, con criterios bien definidos, sobre los distintos procedimientos. La admiración que por lo general se tiene a todo lo "clásico" es un obstáculo que dificulta las investigaciones sobre la función que han tenido los elementos estilísticos, tanto clásicos como nuevos, en el desarrollo continuo de la técnica terapéutica. El estilo neo-clásico no se caracteriza por innovaciones, sino más bien por la observación ortodoxa y estricta de reglas definidas extrínsecamente (Stone 1981a).

Existe una considerable tensión entre la obra clásica de Freud y cualquier aplicación de ésta. Esta tensión tiene que ver con los problemas de la relación entre teoría y práctica, que discutiremos en el capítulo 10. El peligro de que las aplicaciones prácticas de la técnica no logren expresar las ideas centrales de la obra de Freud, o incluso vayan en contra de su desarrollo, es especialmente grande cuando las reglas son seguidas solamente porque se les asigna un valor en sí y no en relación a su función en la ganancia de conocimiento, que debe estar en constante evaluación. Con estas reflexiones, queremos definir el contexto del uso que damos a los términos "clásico", "neoclásico", "ortodoxo", etc. Debido a que ya el mismo Freud no pudo probar la eficacia de un determinado tipo de proceder en la interpretación de los sueños como el único camino clásico, en

este libro renunciaremos a hablar de técnica clásica y nos contentaremos en centrar nuestra atención en los estándares de la aplicación de las reglas. Aunque la obra clásica de Freud se encuentra siempre, como ideal, representada en las ideas del analista, ésta no se puede trasladar a la terapia de una forma tal que pudiera justificar el hablar de la técnica clásica. Es, sin embargo, absolutamente necesario seguir y estandarizar reglas. Las reglas de tratamiento están basadas en las recomendaciones y consejos técnicos de Freud y se encuentran recopiladas en la técnica estándar. Consideraciones terapéuticas y teóricas llevan necesariamente a variaciones y modificaciones del sistema de reglas, sea en función de grupos típicos de pacientes (histeria, fobia, neurosis obsesiva, ciertas enfermedades psico-somáticas, etc.) o en beneficio de pacientes individuales. Por otro lado, en la técnica ortodoxa, la utilidad de estas reglas no es cuestionada, y los pacientes son seleccionados como adecuados para psicoanálisis, precisamente en base a si son capaces de seguir estrictamente las reglas. En el polo opuesto, se encuentra el psicoanálisis silvestre, que comienza con desviaciones insuficientemente fundamentadas de los estándares comúnmente legitimados y termina con las aberraciones y confusiones más "silvestres" (Freud 1910k). A pesar de sus claras debilidades, el análisis "silvestre" merece hoy en día una atención más diferenciada (Schafer 1985).

La creciente literatura sobre la praxis de Freud (Beigler 1975; Cremerius 1981b; Kanzer y Glenn 1980), facilita la elaboración crítica de la historia de la técnica psicoanalítica. La solución de los problemas actuales no puede, sin embargo, ser encontrada en una identificación ingenua con el comportamiento, humano y natural, de Freud, quien, cuando era necesario, proveía a sus pacientes de comida y les prestaba o regalaba dinero; pues la extensión de la teoría de la transferencia ha llevado a los analistas a poner especial atención en los variados aspectos de la relación y sus interpretaciones. Según nuestro parecer, estamos hoy en día más que nunca comprometidos a cumplir con la demanda que Freud (1927a) trajera a la discusión en el epílogo de ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1927a, p.241), donde subrayaba que todas las aplicaciones prácticas debieran utilizar conceptos psicológicos y orientarse hacia el "psicoanálisis científico". Se da por supuesto que se deben considerar las investigaciones que, aunque usando otra metodología, se orienten hacia el mismo campo de aplicación. El psicoanálisis científico es, especialmente en sus aplicaciones no terapéuticas, dependiente del trabajo interdisciplinario (véase Wehler 1971, 1972).

De forma similar, los analistas tratantes tampoco pueden ignorar los métodos modernos de investigación sobre proceso y resultados psicoterapéuticos. La pregunta crucial es qué es lo que distingue y caracteriza al psicoanálisis científico. Como autores de un texto de terapia psicoanalítica, podemos dejar al criterio de investigadores competentes, el decidir qué aplicaciones prácticas del método psicoanalítico satisfacen, en el campo de la historia de la religión y de

la cultura, de la mitología y de la literatura (véase Freud 1923a), tanto las exigencias del psicoanálisis científico como las de la disciplina misma. En el ámbito de la aplicación terapéutica del método psicoanalítico, la pregunta acerca de qué constituye el psicoanálisis científico, puede ser respondida mediante las indicaciones de las tres tesis fundamentales de Freud, contenidas en los párrafos iniciales de este capítulo. Mientras más estrictamente sean establecidas las reglas y mientras menos se investiguen científicamente sus efectos sobre la terapia, mayor es el peligro de la ortodoxia. Es por lo demás evidente que la ortodoxia no se puede conciliar con la postura científica. Por esta razón hablamos simplemente de técnica psicoanalítica, o, abreviado, de técnica analítica. En esto, sin embargo, tenemos siempre presente las reglas que han sido estandarizadas a lo largo de los años, es decir, que han sido uniformadas según un patrón. El pensar y el actuar, tanto pragmático como científico, están sujetos a reglas. Ya que mediante las reglas se estipula "cómo algo es dado a luz" (Habermas 1981, vol. 2, p.31), hay que tener constantemente en cuenta la influencia de éstas sobre los fenómenos psicoanalíticos y su modo de participación en el proceso terapéutico. Si no existiera el peligro de que se hiciera equivaler el método psicoanalítico clásico a algunas pocas reglas ex-ternas, no seríamos tan cautelosos con la denominación de "técnica clásica"; pues ciertamente también a nuestros oídos el término "clásico" suena mejor que el de "estándar" (muestra promedio, medida normal). Nuestros laboriosos argumentos, creemos dejan suficientemente en claro que no es cosa fácil preservar la tradición espiritual de la técnica de tratamiento por un lado y continuarla en forma auto-crítica por otro. Considerando la acción terapéutica desde el punto de vista recién-mente citado, es decir respecto al modo de cómo algo es dado a luz, la responsabilidad recae entonces sobre aquella persona que aplica las reglas de tal o de cual manera. En este punto, Freud entregó recomendaciones y dio consejo.

## **1.2 El aporte del psicoanalista como tesis central**

El leitmotiv de este libro es la convicción de que el aporte del analista al proceso terapéutico debe ser colocado en el foco de la atención. Por esto, todo lo examinamos sistemáticamente desde este punto de vista, trátase de la actuación del paciente, de su regresión, su transferencia o su resistencia. Todo fenómeno acaecido o posible de ser observado en la situación psicoanalítica, es influenciado por el analista.

El curso de la terapia depende de la influencia ejercida por el analista. Naturalmente hay también otros factores, tales como aquellos que determinan el curso y el tipo mismo de la enfermedad; las circunstancias de vida que llevaron a la génesis de ésta y aquellos factores en el aquí y ahora, que constantemente la precipitan y la refuerzan.

Las enfermedades de origen psíquico continúan deteriorándose bajo situaciones adversas y es precisamente aquí donde el analista tiene la posibilidad de ejercer una influencia psicoterapéutica, en el sentido de una nueva experiencia que promueva el cambio. El analista se siente personalmente afectado y profesionalmente envuelto en el proceso diádico; por este motivo nos parece natural hablar de una inter-acción terapéuticamente efectiva. Para la representación del proceso terapéutico total, se requiere un modelo interaccional, concebido sobre la base de una psicología tripersonal (Rickman 1957; Balint 1968).

Si los conflictos edípicos se ven sobre la base de una teoría psicológica general de las relaciones humanas, la tercera persona está siempre presente, incluso si se encuentra físicamente ausente. Esta presencia virtual del tercero distingue la situación analítica de otras relaciones bipersonales. Las consecuencias en la teoría y la práctica del psicoanálisis de la puesta entre paréntesis metodológica del tercero, no han sido hasta ahora suficientemente consideradas. La privación más allá de lo común que significa la situación analítica, puede no sólo promover fantasías sino también afectar fuertemente su contenido. Por este motivo, cuando se comparan las teorías psicoanalíticas deben considerarse las respectivas técnicas de tratamiento. La forma como terceras partes (llámese padre, madre o el otro miembro de la pareja) son percibidas en la diada (sería más justo llamarla "tríada menos uno") así como el modo como la diada se reorganiza (o no lo hace) como tríada, depende del analista. Mas allá de los conflictos de pareja que aparecen en forma inevitable a lo largo del tratamiento, otros conflictos están determinados por los problemas específicos de la "tríada menos uno" (véase cap. 6).

Si realmente queremos entender lo que sucede en el proceso terapéutico, debemos investigar el comportamiento del analista y su aporte en la creación y el mantenimiento de la situación terapéutica. Esta exigencia programática fue erigida por Balint (1950) y no ha sido respondida satisfactoriamente hasta hoy en día; según Modell (1984a), pasó incluso al olvido. Por lo menos, en la mayoría de las presentaciones casuísticas, la parte concerniente al analista (lo que él dijo e hizo, lo que hay detrás de la elección de las interpretaciones) no es adecuadamente aclarado. Por este motivo, no quisiéramos que se vea como un signo de ambición terapéutica exagerada el que afirmemos, en concordancia con Freud, que la tarea del analista es la de estructurar la situación terapéutica de tal forma que el paciente tenga las mejores posibilidades para resolver sus conflictos, reconociendo sus enraizamientos inconscientes para de esta forma liberarse de sus síntomas. Por esto nos interesa dejar en claro que el analista debe ejercer una profunda influencia; no creemos que la libertad del paciente se restrinja con ello, por el contrario, más bien se la amplía al animarlo a participar críticamente en las discusiones.

Toda regla debe ser considerada desde el punto de vista de si facilita o dificulta el conocimiento de sí mismo y la solución de los problemas, de tal manera que el analista debiera estar abierto a introducir las modificaciones

correspondientes. De esto se deduce que no vemos la teoría de la técnica psicoanalítica y sus reglas co-mo un canon rígido. Por el contrario, el impacto de las reglas en la terapia debe fundamentarse en cada caso. Preferimos un enfoque orientado hacia los problemas, que está sin embargo lejos del estilo prescriptivo de un libro de recetas de cocina. Por ejemplo, hoy en día ya no es posible prescribir la regla fundamental en la creencia de que las asociaciones libres se instalarán por sí mismas y libres de la influencia de otros factores. Todas las estandarizaciones pueden tener efectos de-seados y efectos secundarios no deseados, tanto en un sentido positivo como nega-tivo, capaces de aliviar o dificultar el proceso terapéutico en cada caso individual. En su actividad diagnóstica y terapéutica, el analista se orienta en la teoría psicoanalítica como psico(pato)logía sistemática del conflicto. Kris (1975 [1947], p.6), caracterizó al psicoanálisis como el estudio del "comportamiento humano visto bajo el punto de vista del conflicto". Binswanger (1955 [1920]) ya había considerado esto como el paradigma histórico-científico del psicoanálisis, contenido en las más bien modestas palabras de Freud (1916-17, p.59): "no queremos meramente describir y clasificar los fenómenos, sino concebirlos como indicios de un juego de fuerzas que ocurre dentro del alma..." La amplia significación de la teoría psicoanalítica reside en el hecho de que considera el ciclo vital humano, des-de el primer día de vida en adelante, bajo el punto de vista del impacto del con-flicto sobre el bienestar personal y la vida en común. Naturalmente, si se definen los conflictos y su rol en la génesis de las enfermedades tanto psíquicas como psi-cosomáticas, como meros procesos intrapsíquicos (en vez de calificarlos también como procesos interpersonales), se está restringiendo la amplitud de la teoría y de su correspondiente técnica. A pesar de las advertencias de Hartmann (1950, 1955) sobre las "teorías reduccionistas" y las "conclusiones genéticas engañosas", la historia de la técnica psicoanalítica se caracteriza por la unilateralidad, y la existencia misma de diferentes escuelas psicoanalíticas es una evidencia clara al respecto. Hartmann habla de una "falacia genética" si "la función actual es igualada a su historia, o incluso reducida a sus precursores genéticos, como si la continuidad genética fuera inconsistente con el cambio de función" (1955, p.221). Sin embargo, los discípulos que se adhieren a teorías reduccionistas no solamente son muy dados a escoger "una parte de la verdad [situándola] en el lugar del todo" y, como también Freud lo destacara, (1916-17, p.315) "en aras de ella, [dados a poner] en entredicho todo lo demás, que no es menos verdadero". En este pasaje, Freud trata el problema de la causa de las neurosis y plantea la hipótesis de las series complementarias, en cuyo núcleo se encuentra el conflicto psíquico. Las teorías reduccionistas no solamente son cri-ticables por incompletas y unilaterales, sino sobre todo porque ellas hacen pasar hipótesis provisionarias por ya demostradas. La misma crítica debe hacerse a la pre-tensión de que la teoría psicoanalítica representa toda la verdad, la cual debe ser protegida contra las interpretaciones unilaterales. La tesis freudiana de la unión in-separable entre teoría y praxis hace necesario aplicar criterios científicos a la com-plejidad, lo

que necesariamente relativiza la aspiración a la verdad y permite que una tesis sea más creíble que otra alternativa, o incluso que una refute totalmente a la otra. El que el todo es más que la suma de sus partes, vale también para las series complementarias. Estas confrontan al estudiante directamente con la complejidad de la génesis de los conflictos en su relación con la psicopatología. Por nombrar algunos ejemplos: Balint criticó como unilateral el modelo intrapsíquico de los conflictos y la demanda según la cual las interpretaciones se reclaman como medio terapéutico exclusivo. Por su parte, la psicología del self de Kohut tiene su punto de partida en la insatisfacción con la técnica neoclásica y su base teórica, esto es, el valor patogénico de los conflictos intrapsíquicos edípicos en ciertas neurosis de transferencia. La formación de escuelas dentro del ámbito psicoanalítico se remonta siempre a insatisfacciones múltiples y a numerosas causas, donde las nuevas escuelas ponen grandes esperanzas en ellas mismas, hasta que a su vez se rigidizan en nuevas unilateralidades. Nuestro énfasis en la importancia decisiva de la contribución del analista al proceso terapéutico debiera ayudar a eliminar el desarrollo de escuelas, promoviendo un punto de vista crítico de la teoría y de la práctica analítica. Nuestro punto de partida es la amplia teoría de los conflictos de Freud y no los componentes de los conflictos intrapsíquicos de un grupo de pacientes determinados, como fuera por ejemplo descrita por Brenner (1979b). Estas restricciones han llevado a movimientos en sentido contrario, cuya última versión es por el momento la psicología del self de Kohut. Al cercenamiento teórico del modelo del conflicto correspondió el descuidar la relación bipersonal en la relación. Si se restablece toda la amplitud teórica y práctica de la teoría psicoanalítica del conflicto, las descripciones de los defectos del yo y del self se incorporan sin mayores dificultades, como demostraron Wallerstein (1983), Modell (1984a) y Treurniet (1983). Naturalmente uno no se puede quedar con esta afirmación general; si sucediera esto, se haría cierta la afirmación de Goldberg (1981, p.632) respecto a que si todo se reduce a conflicto, entonces este concepto pierde su contenido ("if every-thing is conflict, conflict is nothing"). De cualquier modo, la teoría psicoanalítica del conflicto sale ilesa en su alcance respecto a la patogénesis: a ésta nunca la han detenido los lugares comunes.

A través de la teoría psicoanalítica estructural, los conflictos edípicos y sus repercusiones en la génesis de las neurosis estaban en el centro de la atención. La restricción de la atención a los conflictos intra- o intersistémicos en el campo tensional del superyó, ideal del yo, yo y ello, no es de ningún modo una consecuencia inevitable de la teoría estructural. Como veremos en forma más precisa en el cap. 4, en la discusión referente a la relación de las distintas formas de resistencia y los mecanismos de defensa, la formación de la estructura reposa sobre las relaciones de objeto, es decir, en los procesos de identificación con ambos padres durante la fase edípica, modelo de otros tipos de identificaciones, tanto en la fase preedípica como en la adolescencia. Se necesita solamente recordar el postulado básico de Freud, de que la



identificación representa la forma más temprana de ligazón afectiva (1921c, p.101).

En los últimos decenios, se han dado descripciones especialmente claras sobre estas identificaciones durante el desarrollo del yo y del ello dentro del marco de la teoría estructural, como las de Jacobson (1964) para la fase preedípica, y la de Erikson (1959) en la adolescencia. Las descripciones dadas por los seguidores de la escuela psicoanalítica de la psicología del yo o para las identificaciones dentro del marco de las relaciones de objeto edípicas y preedípicas, no derivaron sin embargo hacia una extensión del psicoanálisis (que, por lo demás, estaba implícita en la teoría estructural) sino, por el contrario, la técnica psicoanalítica se vio más bien restringida al modelo del conflicto intrapsíquico edípico y a la psicología unipersonal propia de la técnica estándar. La razón la vemos en el hecho de que tanto las relaciones de objeto como las identificaciones resultantes de éstas, como en general toda la teoría estructural, están fundadas sobre la base del principio de la economía de la descarga pulsional. Según el "principio de constancia", que Freud adoptara de Fechner, y que es la base de la teoría psicoanalítica, desde la cual todo es influenciado, "el sistema nervioso es un aparato al que está deparada la función de librarse de los estímulos que le llegan, de rebajarlos al nivel mínimo posible; dicho de otro modo: es un aparato que, de ser posible, querría conservarse exento de todo estímulo" (Freud 1915c, p.115). No obstante, Modell hace la siguiente proposición que a nuestro parecer es acertada, en una nota introductoria de su ensayo *The Ego and the Id: Fifty Years Later* [El yo y el ello: 50 años después]:

Las relaciones de objeto no son fenómenos de descarga. El concepto freudiano del instinto como algo que surge desde el interior del organismo, no se puede aplicar a la observación de que la formación de relaciones objetales es un proceso de la preocupación mutua que se da entre dos personas (un proceso que no presenta clímax o puntos culminantes de descarga). Más aún, el concepto mismo de instinto no ha encontrado su necesaria fundamentación en la biología contemporánea. Yo creo, al igual que Bowlby (1969), que las relaciones de objeto tienen su analogía en los comportamientos gregarios [attachment behaviors] de otras especies (Modell 1984, pp.199-200).

Una psicopatología psicoanalítica amplia del conflicto puede partir hoy en día de la suposición, comúnmente aceptada, de que no hay disturbios en las relaciones de objeto que no vayan acompañados también de disturbios en el sentimiento de sí (autoestima).

Es aconsejable suplementar la teoría psicoanalítica explicativa, a través de la cual la psicopatología del conflicto fue sistematizada, con una teoría de la terapia, a modo de una sistemática para la solución del problema. El objetivo de la terapia es el de solucionar los conflictos bajo condiciones más favorables que las que mediaron como padrinos en el momento de originarse (usamos a propósito esta metáfora, con la idea de subrayar la naturaleza interpersonal de los determinantes de la patogénesis). Por esto es admirable que el desarrollo de la propuesta de una sistemática para la solución del problema, para la cual el

analista tiene un aporte considerable que hacer en base a su "conocimiento del cambio" (Kaminski 1970), cojee detrás de la teoría explicativa del psicoanálisis. Un modelo plausible de te-rapia, como el de Sampson y Weiss (1983), que destaca el dominio en el aquí y ahora de los antiguos traumas que permanecen psicodinámicamente activos, se hi-zo esperar un buen tiempo. En esto, sin embargo, ya Waelder (1936) había creado condiciones favorables para este tipo de modelo en su significativo trabajo sobre el principio de la función múltiple, donde elevó la solución de problemas al status de una amplia función yoica: "El yo siempre se ve enfrentado a problemas y se esfuerza en encontrar su solución... Correspondientemente, los procesos en el yo pueden ser descritos como intentos de solucionar problemas; el yo de una persona se caracteriza por un número específico de métodos de solución" (pp.46-47). Al mismo tiempo, Waelder puso la atención en los problemas del arte interpretativo psicoanalítico y fue quizás el primero en hablar de la hermenéutica psicoanalítica.

En base a las exposiciones anteriores, podemos delinear nuestra concepción de la terapia del siguiente modo: la conformación y la estructuración de la transferencia es promovida por las interpretaciones y se desarrolla dentro de la especial relación terapéutica (alianza de trabajo). El paciente está sensibilizado por las experiencias tempranas e inicialmente percibe en el tratamiento de manera especial todo aquello que, de acuerdo con sus expectativas inconscientes, sirve a la repetición y a la creación de una identidad de percepción (Freud 1900a). Las nuevas experiencias que se le ofrecen al paciente en la situación analítica, lo capacitan para solucionar problemas anteriormente insolubles. A través de interpretaciones, el analista ayuda al paciente a superar resistencias inconscientes y le facilita el conocimiento de sí mismo; en este proceso el paciente puede alcanzar espontáneamente sorprendentes intelecciones (insights). Debido a que las interpretaciones analíticas son ideas que se originan en el analista, éstas pueden ser también descritas como puntos de vista o como opiniones. Como intelecciones (insights), pueden tener en el paciente un efecto terapéutico duradero, si resisten al examen crítico del paciente o, en general, si son percibidas por éste como correspondientes, en primer lugar, a sus "expec-tativas", esto es, a su realidad interna. Estos insights intervienen entonces en el vivenciar y lo modifican en el curso del trabajo analítico, el cual continúa a lo largo del diario vivir del paciente. El paciente percibe estos cambios en forma sub-jetiva, pero también es posible demostrar su existencia a través de las alteraciones en la conducta o en el desaparecimiento de sus síntomas.

Esta concepción terapéutica implica que el valor del método psicoanalítico puede ser juzgado por los cambios que resultan de la terapia. Aunque los cambios estruc-turales sean siempre la meta, puede suceder que por diversos motivos desfavo-rables de distinto tipo, éstos no puedan ser alcanzados. Bajo ninguna circunstan-cia, sin embargo, el analista puede eximirse de responder a las siguientes pre-guntas:

1. ¿Cómo ve el analista la conexión entre la estructura supuesta (como una proposición teórica) y los síntomas del paciente?
2. ¿Qué cambios internos (vivenciados por el paciente) y cuáles externos señalan qué tipo de cambio estructural?
3. A la luz de la respuesta a las dos preguntas anteriores, ¿se justifica la intervención terapéutica?

Estamos de acuerdo con Brenner (1976, p.58), en que el cambio es lo esencial del proceso psicoanalítico y "que la mejoría de los síntomas es un criterio necesario, aunque de ninguna forma suficiente en sí mismo, para validar una línea de interpretación y las conjeturas sobre las que se basa".

La interpretación, característica esencial de la técnica psicoanalítica, es parte de una compleja red de relaciones. La interpretación no es ni un acto puro, un actuar sin contaminación, ni tampoco es independiente de las reglas de tratamiento; y, finalmente, el analista en todo momento se encuentra involucrado con su realidad psíquica, con su contratransferencia y su teoría. El psicoanálisis, al igual que otras disciplinas prácticas, se caracteriza por la habilidad de ir de los conocimientos generales al caso individual y viceversa.

La necesidad de hacer justicia a la singularidad de cada paciente, transforma el psicoanálisis, en su aplicación terapéutica, en un arte, una "techné", en resumen, en un oficio, que debe ser aprendido, para que, fiel a las reglas de la ciencia del curar, sea capaz de tratar y de cometer las menos faltas posibles. En esto, las reglas pueden servir como recomendaciones generales. Sin perjuicio de la connotación actual que se da al concepto de "tecnología", no nos asustamos en usar el término de "tecnología psicoanalítica", como es empleado por el filósofo de orientación analítica, Wisdom (1956). Una cosa es la técnica sin alma y la enajenación; pero las herramientas psicoanalíticas, como "reglas del arte", se encuentran en otro nivel del sentido atribuido a la "techné". Los psicoanalistas no son ni "psicotécnicos" ni "analistas" en el sentido de que ellos descompongan el alma y luego dejen la síntesis (como curación) a su propio cuidado. Asumimos los malentendidos que puedan surgir de nuestra postura terapéutica al usar el término de "tecnología", pues pensamos que los analistas, al dar sus interpretaciones, siguen principios tecnológicos, en su buscar y encontrar de acuerdo con un método, en su heurística, y así sucesivamente, hasta llegar a la experiencia del "ahá" del paciente. Como tecnología hermenéutica, el método psicoanalítico tiene una relación complicada con la teoría (véase cap. 10).

Especialmente relevante para el arte interpretativo psicoanalítico, es el conocimiento de las acciones teleológicas y dramáticas:

Las acciones teleológicas pueden ser juzgadas bajo el aspecto de su eficacia. Las reglas de acción encarnan un conocimiento técnico y estratégico utilizable y que puede ser criticado en función de las exigencias de veracidad y mejorado retroalimentadamente con el aumento de conocimiento teórico-empírico. Este conocimiento es almacenado en forma de tecnologías y estrategias. (Habermas 1985, vol. 1, p.333; cursiva en el original).

En la adaptación de estas reflexiones a la técnica psicoanalítica, hay que tener por supuesto en cuenta que las acciones orientadas hacia metas, de las cuales ya desde los tiempos de Aristóteles se ocuparon las teorías filosóficas de la acción (Bubner 1976), no pueden ser restringidas a una racionalidad de objetivo en el sentido de Max Weber. Seríamos también fundamentalmente malentendidos en nuestra posición, si del énfasis puesto en el cambio como meta de la terapia, se creyera inducir que esto implica establecer metas fijas. En realidad, en la técnica interpretativa psicoanalítica no puede darse una comunicación sin objetivo, sino que los objetivos quedan abiertos y son configurados por la espontaneidad del paciente, por sus libres asociaciones, por el examen crítico de las ideas del analista y por sus metas manifiestas o latentes. En este proceso, dialéctico y en espiral, van emergiendo nuevos caminos y metas como por sí mismas y por cierto guiadas por una necesidad inmanente al mismo.

### **1.3 Crisis de la teoría**

El psicoanálisis se encuentra desde largo tiempo en una situación "revolucionaria y casi anárquica" (A. Freud 1972a, p.152). Casi no hay concepto teórico o técnico que no sea atacado por uno u otro autor. Según A. Freud, esto queda especialmente claro en los indicios de crítica que se hace a la asociación libre, a la interpretación de los sueños (que tuvo que ceder su rol preponderante a la interpretación de la transferencia), como a la transferencia misma, que ya no es entendida como un suceso espontáneo en el comportamiento y raciocinio de un paciente, sino como un fenómeno inducido por las interpretaciones del analista (1972a, p.152). En el entretanto, las controversias internas más bien han aumentado. Ni siquiera los pilares fundamentales de la práctica psicoanalítica (transferencia y resistencia) se encuentran en su lugar de origen. Refiriéndose a estos componentes esenciales del psicoanálisis, Freud constató:

Es lícito decir, pues, que la teoría psicoanalítica es un intento por comprender dos experiencias que, de modo llamativo e inesperado, se obtienen en los ensayos por reconducir a sus fuentes biográficas los síntomas patológicos de un neurótico: el hecho de la transferencia y el de la resistencia. Cualquier línea de investigación que admita estos dos hechos y los tome como punto de partida de su trabajo tiene derecho a llamarse psicoanálisis, aunque llegue a resultados diversos de los míos (1914d, p.16).

Ciertamente, tiene considerables repercusiones en la teoría y la técnica el que se reemplace uno de estos pilares fundamentales, o el que el método analítico se apoye (o tenga que apoyarse), en varios pilares distintos, si se quiere llenar las demandas que la práctica analítica impone.

Si uno se detiene a observar los indicios de cambios profundos, bajo el punto de vista de la historia de la ciencia (Kuhn 1962), se encuentran, por un lado,

buenas razones para afirmar que el psicoanálisis hizo tardíamente su entrada en la fase de ciencia normal y, por otro, también buenos argumentos para indicar que se está llevando a cabo un proceso de evolución o que un cambio del paradigma es inminente (Spruiell 1983; Rothstein 1983; Ferguson 1981; Thomä 1983c). En estos argumentos se encuentran enfrentados puntos de vistas muy divergentes, pero conectados en torno a su adhesión a la obra de Freud. Ciertamente, aunque se reconoce la presencia de la transferencia y de la resistencia, así como de otros supuestos psicoanalíticos básicos, es decir, procesos psíquicos inconscientes y la valorización de la sexualidad y del complejo de Edipo (Freud 1923a, p.242-3), se puede llegar a conclusiones distintas usando el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. Con esto, nuevamente queda demostrado cuán complicada es la relación de la técnica psicoanalítica con la teoría. Este desasosiego innovador, que se impuso como "crisis de identidad" (Gitelson 1964; Joseph y Widlöcher 1983), tiene su contrapartida en la ortodoxia psicoanalítica. Como reacción hacia críticas profundas dentro y fuera de sus propias líneas y como expresión de preocupación frente a lo esencial en el psicoanálisis, esta ortodoxia es entendible; pero como un modo de solucionar los conflictos, es tan poco apropiado como cualquier forma de reacción neurótica. De hecho, rigidez y anarquía se condicionan y se refuerzan mutuamente, por lo que A. Freud (1972a) las mencionó juntas.

La práctica psicoanalítica no es la única esfera marcada por cambios e innovaciones. La "superestructura especulativa", como Freud (1925d, p.31) denominó la metapsicología, se encuentra en los últimos decenios desestabilizada. En la renuncia a esta estructura, que Freud utilizó para colocar al psicoanálisis bajo el alero de las ciencias naturales, muchos ven el comienzo de una nueva era. Algunos creen que de esta forma, después de liberarse del supuesto "automalentendido cientifista" de Freud (Habermas 1971), el arte interpretativo puede encontrar su lugar entre las disciplinas hermenéuticas; otros, en cambio, creen ver en la renuncia a la metapsicología la posibilidad de que, finalmente, sea plenamente reconocida la teoría clínica psicoanalítica, la cual al encontrarse en una ubicación más cercana a la observación, sirve mejor como hilo conductor de la práctica, lo que puede ser demostrado empíricamente. Sin embargo, no es posible trazar en forma nítida una línea divisoria entre los diferentes pisos que conforman la edificación de la teoría analítica. Pues las vigas de la metapsicología, más o menos visibles en la albañilería, atraviesan también los pisos más bajos. Las presunciones metapsicológicas se encuentran contenidas en las teorías clínicas más cercanas a la observación y son capaces de influenciar al analista en su quehacer terapéutico, incluso cuando él cree estar atendiendo en forma absolutamente desprejuiciada y entregado a su "atención parejamente flotante". Pues: "ya para la descripción misma es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas que se recogieron de alguna otra parte, no de la sola experiencia nueva" (Freud 1915c, p.113).

A lo largo de la elaboración secundaria del material obtenido en una sesión o durante el curso de una terapia, el analista examina también la relación en que se encuentran sus ideas con la teoría psicoanalítica. Freud piensa que esta tarea no se entenderá por cumplida, mientras no haya sido descrito un proceso psíquico en sus puntos de vista dinámicos, topográficos y económicos:

Reparamos en que poco a poco hemos ido delineando, en la exposición de ciertos fenómenos psíquicos, un tercer punto de vista además del dinámico y del tópico, a saber el económico, que aspira a perseguir los destinos de las magnitudes de excitación y a obtener una estimación por lo menos relativa de ellos. No juzgamos inadecuado designar mediante un nombre particular este modo de consideración que es el coronamiento de la investigación psicoanalítica. Propongo que cuando consigamos describir un proceso psíquico en sus aspectos dinámicos, tópicos y económicos eso se llame una exposición metapsicológica. Cabe predecir que, dado el estado actual de nuestros conocimientos, lo conseguiremos sólo en unos pocos lugares (Freud 1915e, p.178; cursiva en el original)

Para caracterizar el significado clínico que tiene este modo de ver las cosas, Freud hizo una descripción del "proceso de represión en las tres neurosis de transferencia conocidas". Debido a que "la doctrina de la represión es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis" (1914d, p.15), se hace claro que para Freud las explicaciones metapsicológicas revestían una importancia fundamental. Su meta en la elaboración de una metapsicología era la de "aclarar y profundizar las hipótesis teóricas que podrían ponerse en la base de un sistema psicoanalítico" (Freud 1917d, p.221). De acuerdo con Laplanche y Pontalis:

En vez de tratar como obras metapsicológicas todos los estudios teóricos que contienen conceptos e hipótesis intrínsecas a estos tres puntos de vista, sería preferible reservar estas descripciones para aquellos textos que son más básicos, y en que se desarrollan o exponen las hipótesis que lleva consigo la psicología psicoanalítica (1973, p.250).

Estos autores consideran los siguientes como "los textos estrictamente metapsicológicos" dentro de la obra de Freud: el Proyecto de psicología (1950a [1895]), el cap. 7 de La interpretación de los sueños (1900a), las Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico (1911b), Más allá del principio de placer (1920g), El yo y el ello (1923b), y Esquema del psicoanálisis (1940a). Hasta en su último período creativo, Freud buscó los fundamentos de la teoría psicoanalítica dentro de los supuestos metapsicológicos, es decir, en el punto de vista dinámico, topográfico y económico. Sin embargo, por el otro lado, el método psicoanalítico se mantuvo en el ámbito de la psicología profunda, y los descubrimientos de Freud posibilitaron investigaciones sistemáticas sobre la influencia de los procesos psíquicos inconscientes en el destino del hombre y la patogénesis. El método analítico y el lenguaje de la teoría no se encuentran en un mismo nivel: aun en su póstumo Esquema del psicoanálisis, Freud trató de encontrar una explicación del aparato psíquico económico pulsional, aunque al mismo tiempo subrayara que nos es desconocido aquello que existe "entre los dos puntos

finales de nuestro conocimiento", entre los procesos en el cerebro y el sistema nervioso y nuestros actos conscientes. Un aumento en el conocimiento de este tipo de relación, "a lo sumo brindaría una localización precisa de los procesos de la conciencia, sin contribuir en nada a su inteligencia" (1940a, p.143; la cursiva es nuestra). Freud tenía varias ideas acerca de las relaciones psíquicas: en la búsqueda de explicaciones físicas, biológicas, cerebrales y neurofisiológicas del comportamiento humano dentro del concepto de pulsión y en la teoría de la pulsión, Freud siempre se mantuvo fiel a su amor de juventud (Sulloway 1979); el modelo explicativo de la psicología profunda se orienta, en cambio, a las conexiones de sentido, en cuya exploración se llega al análisis de la motivación, que a su vez lleva hacia las causas y razones inconscientes. Al incorporar estas razones y causas, la comprensión de las conexiones de sentido se amplía de tal modo, que se pueden explicar fenómenos que hasta ese entonces carecían de sentido, incluso vivencias y conductas delirantes. Jaspers (1963) usa el término de "comprender como-si" para describir esta situación híbrida, que también es característica del uso verbal cotidiano del explicar y el comprender. Este "comprender como-si" fue introducido en los Estados Unidos (como un nivel superior de hipótesis clínicas) por Rubinstein (1967). De este modo, el enraizamiento doble del explicar en el método psicoanalítico se encuentra entrelazado de un modo complejo con el comprender. Nosotros vemos el "como-si" como una marca de distinción.

Las diversas ideas de Freud sobre las relaciones psíquicas son la fuente de las contradicciones y de las poderosas tensiones que atraviesan su obra y que desembocaron en la crisis actual de la teoría; pues con la ayuda del método psicoanalítico, Freud llegó a concepciones teóricas que intentó describir en términos meta-psicológicos y que finalmente retrotrajo a procesos biológicos, mientras que simultáneamente por otro lado desarrolló una teoría de psicología profunda que permaneció inmanente al método, es decir, que se apoyaba en la experiencia ganada en la situación analítica y no extraía sus ideas de la biología y la física del cambio de siglo. Durante el mismo período en que dio una interpretación metapsicológica a la represión, con referencia a la investidura energética, Freud escribe en su trabajo *Lo inconsciente* (1915e, p.164s):

De cualquier modo, resulta claro que esa cuestión, a saber, si han de concebirse como anímicos inconscientes o como físicos esos estados de la vida anímica de innegable carácter latente, amenaza terminar en una disputa terminológica. Por eso es juicioso promover al primer plano lo que sabemos con seguridad acerca de la naturaleza de estos discutibles estados. Ahora bien, en sus caracteres físicos nos resultan por completo inasequibles; ninguna idea fisiológica, ningún proceso químico pueden hacernos vislumbrar su esencia. Por el otro lado, se comprueba que mantienen el más amplio contacto con los procesos anímicos conscientes; con un cierto rendimiento de trabajo pueden trasponerse en éstos, ser sustituidos por éstos; y admiten ser descritos con todas las categorías que aplicamos a los actos anímicos conscientes, como representaciones, aspiraciones, decisiones, etc. Y aun de muchos de estos estados latentes tenemos que decir que no se distinguen de los conscientes sino, precisamente, porque les falta

la conciencia. Por eso no vacilaremos en tratarlos como objeto de investigación psicológica, y en el más íntimo entrelazamiento con los actos anímicos conscientes.

La obstinada negativa a admitir el carácter psíquico de los actos anímicos latentes se explica por el hecho de que la mayoría de los fenómenos en cuestión no pasaron a ser objeto de estudio fuera del psicoanálisis. Quien no conoce los hechos patológicos, juzga las acciones fallidas de las personas normales como meras contingencias y se conforma con la vieja sabiduría para la cual los sueños sueños son, no tiene más que soslayar algunos enigmas de la psicología de la conciencia para ahorrarse el supuesto de una actividad anímica inconsciente. Por lo demás, los experimentos hipnóticos, en particular la sugestión posthipnótica, pusieron de manifiesto de manera palpable, incluso antes de la época del psico-análisis, la existencia y el modo de acción de lo inconsciente anímico (la cursiva es nuestra).

De acuerdo con las Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-17, p.18), el psicoanálisis "debe mantenerse libre de cualquier presupuesto ajeno, de naturaleza anatómica, química o fisiológica, y trabajar por entero con conceptos auxiliares puramente psicológicos". Es en el contexto de esta famosa afirmación, como Freud escribió que el psicoanálisis "quiere dar a la psiquiatría esa base común psicológica que se echa de menos y espera descubrir el terreno común desde el cual se vuelva inteligible el encuentro de la perturbación corporal con la perturbación anímica". Con todo, la idea en realidad dominante, aunque oculta, e importante ya en 1895, en el Proyecto de psicología, era la intención de desarrollar una psicología científica, esto es, describir procesos psicológicos como cuantitativamente determinados por componentes materiales. Permaneció como la esperanza de Freud el que la estructura metapsicológica del psicoanálisis, es decir, su superestructura, pudiera "recibir alguna vez su fundamento orgánico" (1916-17, p.354). Los conceptos psicológicos auxiliares profundos se refieren especialmente a procesos psíquicos inconscientes. Junto a la psicología y la psicopatología del conflicto fundadas por Freud, ellos forman la base sobre la cual se puede entender la coincidencia de trastornos somáticos y psíquicos. En las décadas recientes, el psicoanálisis ha adoptado otras ideas auxiliares provenientes de la psicología evolutiva y cognitiva. Más aún, una consecuencia de la discusión de las teorías de la ciencia, ha sido el que el método psicoanalítico y los fenómenos psíquicos detectables asociados con él, han sido colocados en el centro del interés y llegado a ser un foco de verificación de la teoría. Estos desarrollos han conducido a una crisis fundamental en toda la estructura teórica del psicoanálisis. La tarea de nuestro tiempo es renovar la teoría del psicoanálisis, que previamente tomó la forma de metapsicología y que así se basó en un cimiento débil, que por lo demás le es sustantiva y metodológicamente ajeno.

No es una casualidad el que la crisis de la metapsicología, que alcanza todos los ámbitos de la teoría clínica, se hiciera manifiesta con la preparación sistemática de la investigación para verificar las hipótesis. En la verificación clínica y experimental de las teorías, no se puede partir de especulaciones metapsicológicas, que contienen una mezcla híbrida de postulados ideológicos derivados de la filosofía natural, profundas afirmaciones metafóricas sobre el



hombre, así como observaciones geniales y teorías sobre la génesis de las enfermedades mentales. Uno de los que contribuyeron al proceso pionero de clarificación fue Rapaport (1967), quien sistematizó la teoría psicoanalítica e intentó dar un fundamento científico a su práctica. Su conocimiento enciclopédico se encuentra comprimido en el libro *La estructura de la teoría psicoanalítica* (1960), donde elaboró de tal modo el sistema existente de supuestos metapsicológicos, que salieron a relucir sus puntos débiles. El mismo menciona esto casi al pasar, mientras discute las, en su opinión bajas, posibilidades de sobrevivencia de algunos de los conceptos centrales del sistema (1960, p.124). Rapaport y Gill (1959) ampliaron la metapsicología hasta incluir los puntos de vistas genético y adaptativo, que estaban incluidos en los escritos de Freud y que habían sido elaborados por Hartmann y cols. (1949) y también por Erikson (1959). Se desprende fácilmente, que los puntos de vista genético (evolutivo), como adaptativo, contienen elementos psicosociales que distan enormemente de los supuestos biológicos del principio económico. Cuando, después de la muerte de Rapaport, sus discípulos y colaboradores miraron en retrospectiva y continuaron con su original trabajo científico, comprendieron que para transformar conceptos metapsicológicos en teorías verificables, era necesario efectuar profundos cambios. De este modo, Holt (1967a), editor del volumen en memoria a Rapaport, propuso abandonar los conceptos de energía, tales como investidura y libido, y también los términos explicativos de yo, superyó y ello (Gill y G. Klein 1964). Entre los críticos más vociferantes de la metapsicología se encuentran no pocos de los colaboradores de Rapaport, como por ejemplo Gill, G. Klein, Schafer y Spence. Es insensato interpretar psicoanalíticamente su alejamiento de Rapaport, como lo han hecho algunos de sus críticos. Tales argumentos ad hominem enmascaran la ulterior clarificación de las razones objetivas de por qué la vasta obra de Rapaport introdujo una nueva época. Los fructíferos efectos de su intento de sistematización se pueden ver en la promoción de la investigación clínica, en gran parte gracias al aporte esencial de renombrados analistas de su escuela. Las explicaciones metapsicológicas se encuentran, como ahora es claro, más allá del alcance del método de investigación psicoanalítico. La validez de la metapsicología no se puede demostrar con la ayuda del método analítico, en cuanto el principio económico se apoya en procesos del sistema nervioso central, los cuales son sólo accesibles a la investigación fisiológica. El que, a pesar de todo, los puntos de vista metapsicológicos hayan influenciado tan fuertemente la acción terapéutica a lo largo de décadas, se puede explicar porque muchos conceptos fueron utilizados metafóricamente. La teoría clínica del psicoanálisis está llena de metáforas. Se han hecho, ahora sí, intentos de diferenciar los diversos niveles de la formación teórica, en relación con su verificabilidad clínica y experimental. Como respuesta a la crítica de los filósofos, Waelder hizo un bosquejo de los distintos niveles de la teoría psicoanalítica y sus conceptos asociados, en su

ensa-yo Psychoanalysis, scientific method and philosophy [Psicoanálisis, método científico y filosofía] (1962):

1. Datos de la observación, es decir, material que el analista obtiene de su paciente y que de regla no es accesible para otros. Estos datos configuran el nivel de la observación y son luego el objeto de las interpretaciones del analista, en vista de sus conexiones mutuas y de su relación con otros patrones de conducta o contenidos conscientes e inconscientes. Aquí nos movemos en el nivel de la interpretación clínica individual (interpretación "histórica" individual, Freud 1916-17, p.246-7).
2. Partiendo de los datos individuales y de sus interpretaciones, se emprenden generalizaciones que conducen a determinadas afirmaciones en relación con grupos de pacientes, formación de síntomas y de grupos de edad. Este es el nivel de la generalización clínica (síntomas típicos, según Freud).
3. Las interpretaciones clínicas y sus generalizaciones permiten la formulación de conceptos teóricos que pueden ya estar contenidos en las interpretaciones o hacia los cuales las interpretaciones pueden conducir, como por ejemplo, represión, defensa, retorno de lo reprimido, regresión, etc. Aquí tenemos lo que en psicoanálisis se llama la teoría clínica.
4. Más allá de esta teoría clínica se encuentran, sin que se pueda trazar una línea divisoria clara, conceptos más abstractos como investidura, energía psíquica, Eros y pulsión de muerte, esto es, la metapsicología psicoanalítica. En especial, en la metapsicología, como también más allá de la misma, se puede ver la filosofía personal de Freud (véase Wisdom 1970). Este esquema pone de manifiesto una jerarquía en las teorías psicoanalíticas, de contenido empírico bastante diferenciado, que hay que tener presente en cualquier evaluación científica.

Waelder asigna a los niveles más altos de abstracción una significación decreciente para la práctica psicoanalítica. Si esto fuera cierto, y si la teoría clínica pudiera separarse de los supuestos metapsicológicos y vista como un sistema independiente, la crisis de la teoría podría ser definida claramente. En realidad, no es fácil de discernir qué ideas pertenecen a la superestructura especulativa y cuáles son indispensables en orden a enmarcar las observaciones dentro de un contexto, sea en el sentido de la comprensión como de la explicación. El método psicoanalítico se dirige en especial hacia el reconocimiento de los procesos psíquicos inconscientes. La observación de que los deseos e intenciones, tanto inconscientes como pre-conscientes, se expresan en actos fallidos y en síntomas (el retorno de lo reprimido), pertenece tanto al nivel más bajo del edificio, como también a uno más alto. El analista, sin embargo, no mira desde el piso más alto hacia abajo, sino más bien usa un punto de vista metapsicológico, como lo describe Waelder, que también se sitúa en la planta baja. Los puntos de vistas topográficos y estructurales, es decir, la división del aparato psíquico en inconsciente, pre-consciente y consciente o en ello, yo y superyó, ilustra la existencia de escaleras que conectan los pisos y que pueden ser usadas en ambas direcciones.

La concepción de Waelder fue rectificada por Farrell (1981), quien caracterizó la relación entre los niveles bajos y altos de la teoría ("low and high level"), señalando que las funciones de los conceptos psicoanalíticos muestran un rostro jánico. Aclara el necesario doble cariz de la función de los conceptos en todos los niveles, mediante la siguiente descripción: en el trabajo cotidiano, el analista no utiliza los conceptos para captar detalles del aparato psíquico; él se preocupa más bien de ordenar el material entregado por el paciente. En este momento los conceptos funcionan en el nivel teórico más bajo. Pero cuando el analista se moviliza teóricamente, utiliza conceptos como el de regresión y represión, para esclarecer el funcionamiento del aparato psíquico de un paciente. Al nivel inferior corresponden, según Farrell, afirmaciones sencillas sobre un tipo de relación, como, por ejemplo, decir que una persona que sufre una frustración tiende a regresar a una etapa anterior del desarrollo. Como modelo de represión, se menciona la observación de una conexión regular entre miedos sexuales en pacientes adultos con experiencias infantiles olvidadas (reprimidas), y su revivencia en la terapia. Con la ayuda de aquellas generalizaciones, el analista ordena las comunicaciones entregadas (el material) por el paciente. Este tipo de ordenación a través de determinar conexiones, explica el material en el "sentido débil":

Pero, si un analista trata de explicar cómo y por qué este tipo de material finalmente se produce, entonces utilizará la regresión y la represión para especificar y describir las condiciones del sistema, al cual estos conceptos se refieren. Entonces estos conceptos funcionan en el nivel superior de la teoría (Farrell 1981, p.38).

Ya en el nivel inferior de observación, los conceptos tienen un doble cariz, debido a que están en un tipo de conexión funcional que se pierde en lo hondo del inconsciente, en el ficticio concepto límite de pulsión. Sin embargo, cuando se está procediendo a hacer descripciones de la secuencia observable de sucesos, el analista puede abandonar la idea de la conexión, si se trata meramente del registro de datos. Por esto, aunque los estudios sobre asociación se guían por la idea de que existen conexiones entre los diferentes elementos, en la recolección de datos inicialmente sólo es importante registrar la secuencia completa de las asociaciones. Así, las observaciones en la situación analítica también deben ser registradas primero descriptivamente.

Ya que muchos analistas vinculan con la metapsicología tanto el status científico natural del psicoanálisis en cuanto teoría explicativa, como la demanda de un planteo causal de la terapia, el analista es afectado por la crisis en su doble calidad de científico y terapeuta. Un modo de escapar a este dilema es renunciar por completo a las teorías explicativas y contentarse con el arte interpretativo psicoanalítico, que juega el rol preponderante en la praxis. En el ámbito germanoparlante, la contraposición entre las ciencias humanistas y filosóficas comprensivas y las ciencias naturales explicativas, es conocida desde Dilthey y Rickert, y a este respecto Hartmann (1927) creyó haber demostrado

claramente que el psicoanálisis es una ciencia natural. En las últimas décadas, sin embargo, el debate fue reabierto a nivel mundial. Bajo el influjo de corrientes filosóficas, que se relacionan con los nombres de Husserl, Heidegger y Sartre, se reeditaron antiguas controversias sobre el comprender y el explicar. En el ámbito francoparlante, destaca el aporte de Ricoeur, que en Norteamérica y en Canadá presentó a Freud como un hermeneuta, logrando una significativa difusión. La comprensión de la obra de Lacan no es menos dependiente del conocimiento que se tenga de las corrientes filosóficas contemporáneas. En Inglaterra, Klauber (1968) se refirió al historiador Collingwood (1946) como uno de los primeros proponentes del psicoanálisis como una ciencia comprensiva. Home (1966) y Rycroft (1966) argumentan en esta misma línea.

Pensamos que la discusión actual sólo es posible entenderla desde una perspectiva histórica. Para los lectores latinoamericanos y españoles, esta polémica puede parecer típicamente alemana (Thomä & Kächele 1973/1975/ 2002). Efectivamente, la filosofía del ámbito germa-noparlante del presente siglo está profundamente marcada por la discusión sobre teoría de la ciencia. Esto significa que Freud mismo estuvo totalmente inmerso en ella. Si revisamos algunos autores latinoamericanos, en especial argentinos (por ejemplo, Liberman 1970), podremos comprobar, sin embargo, que también en ese continente la preocupación por los fundamentos científicos del psicoanálisis es algo vivo y vigente. Por esta razón, pensamos que, aun a riesgo de sobrecargar de-masiado este capítulo introductorio, es adecuado ofrecer aquí un resumen pano-rámico de esta polémica secular, a fin de facilitar la comprensión del contexto general de las discusiones que actualmente se llevan a cabo en la comunidad psico-analítica internacional. En este sentido, Hirsch ofrece una equilibrada versión de la historia de la diferencia entre ciencias del espíritu o de la cultura, por un lado, y las ciencias naturales por el otro. Por esto citamos los pasajes correspondientes:

En cualquier caso, llegó a ser conveniente conducir el debate distinguiendo las *Geisteswissenschaften* [ciencias del espíritu] o *Kulturwissenschaften* [ciencias de la cultura], por un lado, de las *Naturwissenschaften* [ciencias de la naturaleza], por el otro. Y el propósito de la distinción fue defender el carácter autónomo del conocimiento humanístico en contra del imperialismo de la ciencia natural. Pues si el conocimiento humano trataba de competir con la ciencia en el campo propio de ella, positivista, entonces las humanidades defraudaban su carácter originario para transformarse en mera pseudociencia.

En el primer volumen de su *Introducción a las ciencias humanas* (1883), Wilhelm Dilthey trató de establecer fundamentos teóricos coherentes para las *Geisteswissenschaften*, tal como William Whewell lo había hecho con las ciencias naturales en su *Historia de las ciencias inductivas* (1837) y John Stuart Mill en su *Sistema de lógica* (1843). El intento de Dilthey, sin embargo, fue notable-mente influido por estos dos libros, y sus modelos epistemológicos

muy de-pendientes de aquellos de la ciencia natural. Las distinciones mayores que él ex-trajo entre los dos grandes ámbitos, conciernen más al sujeto temático que a su metodología.

Esta visión fue desafiada, agudamente, por Wilhelm Windelband, once años más tarde, en su famosa conferencia sobre "Historia y ciencia natural". El propuso que la división del conocimiento en ciencias naturales y humanas se justificaba, no únicamente por sus diferentes sujetos temáticos, sino también, y de manera más fundamental, "por el carácter formal de sus diferentes metas epistemológicas", puesto que "una busca leyes generales, mientras la otra pretende hechos históricos particulares". La ciencia natural, por lo tanto, es nomotética, o legislativa, mien-tras el conocimiento humanístico es idiográfico, o único e individual. La subordi-nación bajo leyes generales en las ciencias naturales es Erklären [explicar], pero la mira de los estudios humanísticos es Verstehen, esto es, comprender lo par-ticular en su calidad de único. La formulación de Windelband tomó asidero y sigue siendo aún la concepción dominante entre los humanistas.

La discusión siguiente comprendió la respuesta de Dilthey, Ciencias naturales y ciencias del espíritu (1985), y un libro de Heinrich Rickert, Ciencias de la cultura y ciencias naturales (1899). El debate es aún hoy instructivo, no por lo que resuelve, sino por lo que no resuelve. Replicándole a Windelband, Dilthey estaba ciertamente en la razón al insistir que las miras generalizantes y particularizantes eran comunes a los dos ámbitos; por ende, Windelband estaba equivocado. Pero la contradistinción de Dilthey no era más adecuada o definitiva, esto es, la dis-tinción entre las ciencias internas y las externas. Todas las distinciones que más adelante fueron traídas al debate, fueron útiles como indicaciones de tendencias preponderantes en las ciencias naturales y en las humanidades, pero como adecuadas generalizaciones subordinadoras, fueron, y son, totales fracasos.

El debate sobre la naturaleza de las humanidades no se detuvo con Dilthey y Windelband, ni tampoco la teoría de la ciencia lo hizo con Whewell y Mill, pero yo me aventuraré a sugerir que al menos un elemento de la teoría científica es hoy ampliamente aceptado, y es idéntico con una teoría, sostenida ampliamente, de la investigación cognitiva en las humanidades. El progreso del conocimiento, y su consolidación, están gobernados por la verificación crítica de hipótesis con referencia a la evidencia y a la lógica. Si miramos cualquier campo de investi-gación, descubrimos que puede ser descrito como un conjunto de hipótesis, algu-nas de ellas bien aceptadas y otras en competencia con hipótesis alternativas. También descubrimos un amplio cuerpo de evidencias relevantes para esas hi-pótesis, y potencialmente relevantes para otras aún no concebidas. Bajo esta concepción, toda investigación es un proceso dirigido hacia la probabilidad de conocer la verdad. Esta probabilidad, por cierto, aumenta cada vez que crece la evidencia que la sostiene. Por otro lado, cuando las hipótesis son puestas en duda por el descubrimiento de evidencia

desfavorable, se hacen entonces algunos ajustes, se aceptan algunas hipótesis rivales o se ponen en duda todas las conclusiones.

Pero, en todos estos últimos casos, la dirección aún es hacia el aumento de la probabilidad de verdad, desde que la misma inestabilidad impuesta por evidencias desfavorables reduce la confianza en las hipótesis previamente aceptadas y, en esa medida, reduce la probabilidad de error. Así, el conocimiento en todos los campos, aparece más como un proceso que como un sistema estático, y la dirección del proceso es hacia el aumento de probabilidad de conocer la verdad (Hirsch 1976, vol.1, pp.150-152).

Este debate filosófico también influyó la fenomenología descriptiva y la psicopatología de Jaspers y condujo a que éste rechazara el explicar genético como un "comprender como si". Es, sin embargo, digno de hacer notar que la discusión actual sobre el lugar del psicoanálisis como ciencia hermenéutica, o como ciencia explicativa, se reconduce, en primera línea, a preguntas de teoría de la ciencia y no a la psicopatología comprensiva de Jaspers. La discusión gira, en especial, en torno al "círculo hermenéutico" y la validación de las interpretaciones.

Para facilitarle al lector la comprensión de los problemas aquí discutidos, extraeremos de una anterior publicación nuestra (Thomä y Kächele 1975, pp.51-52) algunas observaciones acerca de la hermenéutica. El término se deriva de la palabra griega *hermeneuo* (yo explico mis pensamientos con palabras, expongo, interpreto, aclaro, traduzco). A menudo se supone, erróneamente, que existe una relación etimológica entre hermenéutica y Hermes; debido a que Hermes, el dios del comercio, tenía, como mensajero de los dioses, la tarea de hacer de intérprete, al tener que traducir sus mensajes. Sin embargo, la similitud entre ambas palabras, de raíz etimológica distinta, es casual. La palabra *hermeneuo* descansa sobre una raíz que aproximadamente significa "hablar". El término "hermenéutico" fue acuñado a comienzos del siglo XVII para describir el procedimiento de la interpretación de textos. El desarrollo de la hermenéutica fue esencialmente influido por la exégesis de la Biblia. Las disputas de los teólogos con los expertos en hermenéutica queda documentada, por ejemplo, en el principio de Schleiermacher (1959 [1819], pp.86-87) según el cual lo que generalmente se logra primero no es un entendimiento, sino más bien un malentendido. De este modo, el entendimiento como problema queda circunscrito a la epistemología (teoría del conocimiento): es necesario saber algo, es decir, tener un preconocimiento, antes de poder investigar algo. El problema del "círculo hermenéutico", lo expone Hirsch como sigue:

El círculo hermenéutico está basado en la paradoja de que debemos conocer el todo, de manera general, antes de conocer una parte, en tanto que la naturaleza de la parte como tal está determinada por su función en el todo más amplio. Por supuesto, desde que podemos conocer el todo sólo a partir de sus partes, el proceso de interpretación es un círculo. Las experiencias que interpretamos,

de-ben, por compulsión lógica, seguir un modelo circular. Pero, desde el momento en que debemos, en algún sentido, preconocer el todo antes de que conozcamos una parte, entonces, toda experiencia está preconstituida por el contexto total en que es experimentada. En este modelo, es imposible poner entre paréntesis una parte de la experiencia y separarla del total de la vida experimentada. Lo que en un momento dado conocemos, lo conocemos "preconceptualmente" y está constituido por la totalidad de nuestro mundo, y, ya que el mundo cambia en el tiempo, así también los objetos (para nosotros) cambian lo que el mundo preconstituye (Hirsch 1976, vol.1, p.5; cursiva en el original).

En contraposición con este círculo hermenéutico, como un círculo vicioso, Hirsch propone un nuevo modelo, sacado de la moderna investigación psicológica y psicolingüística, con cuya ayuda puede quebrarse el círculo, de tal manera que sea posible la validación. Esta es, según Hirsch, posible, cuando se parte de la idea de esquemas corregibles, en el sentido de Piaget:

[...] toda cognición es análoga a la interpretación, al basarse en esquemas corregibles, un término muy útil que he tomado de Piaget. El modelo de los esquemas corregibles, [...] es, creo, un modelo más útil y exacto que aquel del así llamado círculo hermenéutico. A diferencia de un preconocimiento inalterable e inescapable, [...] un esquema puede ser radicalmente alterado y corregido. Un esquema plantea un rango de predicciones o expectativas, que, si se realizan, confirman el esquema, y en el caso contrario, llevan a su revisión. El que este proceso constructivo-correctivo, de composición y de comparación, es inherente a la recepción del habla, es algo que ya ha sido demostrado por los psicolingüistas, quienes han mostrado, por ejemplo, que las expectativas basadas en un esquema dado (una palabra), no sólo influyen la interpretación de los fonemas, sino que pueden causar que éstos sean radicalmente mal interpretados. Sin embargo, los fonemas inesperados pueden también conducir a revisar o corregir la palabra que esperamos. [...] Aquí tenemos una evidencia muy fuerte de que los aspectos más elementales de la interpretación verbal siguen las mismas reglas básicas que nuestra percepción e interpretación del mundo, [la cual] ha recibido poca atención en la hermenéutica [en su teoría de la interpretación]. [...] La universalidad del proceso constructivo-correctivo y de los esquemas corregibles en todos los dominios del lenguaje y el pensamiento, sugiere que el proceso mismo de comprender, en sí mismo, es un proceso de validación (Hirsch 1976, vol.1, pp.32-33; cursiva en el original).

Después de este largo excursus, podemos abocarnos ahora a las ideas de Habermas. Del libro de Habermas, *Erkenntnis und Interesse* [Conocimiento e interés] (1968), se extrajo la expresión "automalentendido cientificista", en el cual Freud habría reiteradamente caído, y que se transformó en eslogan.

Habermas se estaba refiriendo a explicaciones metapsicológicas, sin poner en duda que el analista necesita tanto de una teoría explicativa como de generalizaciones para trabajar en psicología profunda, es decir, para poder interpretar.

El reproche del automalentendido cientificista es especialmente delicado. Con este eslogan, se quiere decir que Freud se malentendió a sí mismo como autor, y que creó y fundamentó el psicoanálisis no como una teoría explicativa, como él lo creyera, sino como una doctrina hermenéutica comprensiva, y esto sin siquiera haberlo notado. Nuestras observaciones sobre este problema se apoyan, nueva-mente, en Hirsch (1972), y también en un manuscrito no publicado de Kerz (1987), que sirvió como base de un seminario que éste dictara sobre el tema 'psi-coanálisis y teoría de la ciencia', en el departamento de psicoterapia de la universidad de Ulm.

Ya Sócrates trató, en una de sus famosas conversaciones mayéuticas, de demostrar a los poetas que el autor mismo, en realidad no conoce el sentido que intenta expresar. Culpar de desconocimiento a un autor, durante una polémica, es un arma especialmente peligrosa. Hirsch, refiriéndose a una interpretación dada por Kant en relación con la doctrina de las ideas de Platón, escribe:

No todos los casos de desconocimiento del autor en relación con su propio texto son del mismo tipo. Así, por ejemplo, Platón con toda seguridad sabía, y precisamente, lo que entendía por su doctrina de las ideas; sin embargo, por cierto puede ser, como Kant creía, que la doctrina de las ideas poseía otras implicaciones y más generales que aquellas que Platón expuso en los diálogos. Kant señala este caso como uno en el cual el intérprete entiende mejor al autor que lo que éste se entiende a sí mismo. Su formulación fue, sin embargo, imprecisa, pues Kant no entendió mejor que Platón algo del sentido intentado por éste, sino del objeto que Platón buscaba analizar. El pensar que el entendimiento de las ideas de Kant era superior al de Platón sobre aquéllas, implica que existe un objeto al cual la intención del sentido de Platón no hace justicia. Cuando no tomamos en cuenta esta diferencia entre objeto y sentido, nos falta entonces también el fundamento para juzgar si acaso el entendimiento de Kant era mejor que el de Platón. Si la afirmación de Kant hubiera sido formulada de manera más precisa, éste habría dicho que él entendía mejor que Platón las ideas [como objeto de conocimiento] y no que entendía a Platón mejor que Platón mismo. Cuando no tenemos presente esta diferencia entre objeto y sentido, tampoco podemos distinguir entre el sentido verdadero y el falso, o entre el mejor y el peor sentido. Este ejemplo ilustra uno de los dos tipos principales de desconocimiento del propio autor en relación a su texto (Hirsch 1972, p.37s).

Es evidente que en el tema del automalentendido cientificista se trata de un problema hermenéutico de primer orden, con el cual Hirsch, en su recepción crítica, polemiza en especial con Gadamer. No podemos sino restringirnos a



algunos puntos de esta polémica que están contenidos en el pasaje recién citado. ¿Es que Freud se malentendió a sí mismo como autor, o que no pudo captar adecuadamente, en aquel entonces, el objeto del psicoanálisis? Dejamos aquí fuera el que Habermas o algún otro filósofo o psicoanalista actual pueda entender mejor el psicoanálisis en cuanto teoría y técnica que el mismo Freud. Expresamente qui-siéramos aquí destacar, sin embargo, que ninguna invocación a Freud, como auto-ridad válida en última instancia, puede ser adecuada para solucionar los problemas actuales del psicoanálisis, del mismo modo como ninguna afirmación sobre su praxis o científicidad, que no se encuadre en el estado actual del conocimiento, puede servir de legitimación. Por la misma razón, teóricos del conocimiento como Grünbaum (1984), tampoco pueden hacer como si sólo existiera la obra de Freud. Ahora bien, ¿qué hay que entender bajo el automalentendido científicista de Freud? En primer lugar, Habermas afirma: "Freud nunca dudó que la psicología fuera una ciencia natural. Los sucesos anímicos pueden llegar a ser objetos de investigación de la misma manera que los sucesos naturales. Las construcciones conceptuales no tienen en la psicología otro valor que el que tienen en la ciencia natural; pues tampoco el físico da alguna información sobre la esencia de la electricidad, sino que usa 'electricidad como el psicólogo pulsión', como un concepto teórico" (Habermas 1968, p.301). Habermas sabe que Freud se había adherido al "positivismo tipo Mach". Para un entendimiento más profundo del problema, es aquí por lo demás esencial distinguir entre el positivismo de Mach, del cual Freud era partidario, y el fisicalismo de Helmholtz. Este último retrotraía las manifestaciones físicas y psíquicas a una fuerza originaria (como hipóstasis). De este fisicalismo, como un tipo de explicación metafísica, Freud se distanció, por ejemplo, en Pulsiones y destinos de pulsión (1915c); al mismo tiempo, sin embargo, toda la metapsicología está atravesada por éste.

Ahora bien, Habermas afirma en la tesis del automalentendido científicista que Freud, bajo el mantenimiento del lenguaje fisicalista, "implícitamente" habría derivado a un tipo de mirada hermenéutica: "Freud abandonó este programa fisicalista en favor de un planteamiento psicológico en sentido estricto. Por otro lado, éste se conserva en el lenguaje neurofisiológico, pero hace posible una implícita reinterpretación mentalista de sus predicados básicos" (Habermas 1968, p.303). Para el automalentendido es importante que no se recurra a un desconocimiento, a un error intelectual o a la intención de engañar. Levantar el reproche de automalentendido tiene solamente sentido si se puede probar, en el texto mismo, la existencia de ambas versiones, la científiconatural convencional y la hermenéutica. En los hechos, Habermas plantea que Freud, en el texto "de la etapa de la autorreflexión se pone, repentinamente, del lado del positivismo" (1968, p.307).

No obstante, los ejemplos que condujeron a Habermas a señalar que Freud usó de la hermenéutica y la autorreflexión, corresponden exactamente a la concepción del positivismo de aquella época. Habermas cree probar la tesis del

auto-malentendido científicista con la afirmación de que se daría una dicotomía entre el tipo de explicación adecuada a las leyes de las ciencias naturales y el comprender según insights de las ciencias humanas. Kerz, en una minuciosa argumentación apoyada en Grünbaum (Grünbaum 1984), documenta que Habermas no conoce la metodología de las ciencias naturales y que los problemas que aparecen en la hermenéutica, también son conocidos por la física. A lo largo de su exégesis de Freud, Habermas hace como si Freud fuera hermenéutico. La frontera entre el auténtico Freud y la crítica a Freud se desdibuja así hasta lo irreconocible. Si Habermas hubiera contrapuesto claramente la posición de Freud con su propia crítica, habría quedado en evidencia que él delineó una nueva teoría del psicoanálisis. Contra tal intento no se podría naturalmente levantar ninguna objeción, si es que el proyecto de Habermas fuese fructífero en la práctica e hiciera justicia al objeto del psicoanálisis. En la realidad, sin embargo, el énfasis en la interpretación y el insight, en la autorreflexión, conduce a descuidar la teoría explicativa del psicoanálisis y la necesidad de verificar científicamente tanto la práctica de la conducción del diálogo, como también la teoría. El cambio de nombre de la metapsicología en una metahermenéutica, otorga a la primera una nueva vida con los viejos achaques. Como más adelante mostraremos, el rebautizo no modifica absolutamente nada, aunque tampoco se pueda hacer a Habermas responsable de dejar todo igual que antes, lo que, después del profundo viraje hermenéutico de la metapsicología, puede tranquilizar a muchos analistas. Pues ahora se puede invocar que se entiende mejor a Freud que lo que él mismo hizo. Ciertamente, un paso adelante frente a la condición de tener que entender todo como Freud lo hizo (sólo si éste fuera verdaderamente un paso adelante). El esquema hermenéutico quedó expresado de la forma más clara, dentro de las ciencias humanas, por los filólogos que se ocupan de la interpretación de los textos. La pregunta fundamental de éstos se refiere al sentido, es decir, al significado que tenía y tiene el texto en cuestión. Desde la hermenéutica filológica, teológica e histórica parte una línea directa hacia la psicología del comprender. Las exigencias que implica el compenetrarse en el sentir o pensar del, o de lo otro, sea un texto o la situación del otro, une la psicología del comprender con las ciencias humanas.

La habilidad para reconstruir las experiencias del otro, es una de las condiciones que debe ser cumplida si se quiere posibilitar el transcurso del tratamiento psicoanalítico. La introspección y la empatía son atributos esenciales de las reglas técnicas complementarias de la "libre asociación" y de la "atención parejamente flotante". La frase: "Todo entendimiento es siempre ya una identificación del yo y del objeto, una reconciliación con aquello separado fuera de este entendimiento; aquello que yo no entiendo permanece extraño y diferente a mí", podría venir de un analista que se ocupa de la naturaleza de la empatía (véase. p. ej. Greenson 1960; Kohut 1959), pero de hecho pertenece a Hegel (Apel 1955, p.170). Kohut (1959, p.464) pone de relieve que Freud asignó utilidad a la introspección y a la empatía como

instrumentos científicos para observaciones y descubrimientos. Para Gadamer, la interpretación comienza en aquel punto, donde el sentido de un texto no se puede entender de inmediato.

Se debe interpretar en todos aquellos casos donde no se confía en la inmediata manifestación del fenómeno. Así interpreta el psicólogo, cuando no acepta las afirmaciones de un paciente sobre su vida, sino que indaga lo que sucede en su inconsciente. Del mismo modo, el historiador interpreta los hechos registrados, para llegar al verdadero sentido que en ellos se expresa a la vez que se encubre (1965, p.319).

Pareciera que Gadamer tiene en este punto en la mira a un psicólogo que practica el psicoanálisis; su descripción caracteriza el enfoque psicodinámico. Es precisamente lo incomprendible, lo aparentemente sin sentido de los fenómenos psicopatológicos, lo que el método psicoanalítico retrotrae a sus condiciones de origen y lo hace así comprensible. Es más que un problema de detalle secundario el que, según Gadamer, los textos desfigurados o crípticos planteen uno de los problemas hermenéuticos más difíciles. Probablemente, la hermenéutica filológica se topa aquí con un límite parecido a aquel que, por la falta de una teoría explicativa, tampoco puede superar la psicología meramente comprensiva. Con esto damos término a nuestro excursus.

Volviendo a nuestra línea anterior de argumentación, se podría decir que la importancia que se dé a la crisis de la teoría y a la envergadura de ésta en todos los niveles, depende crucialmente del rol que se asigne a la metapsicología. Títulos provocativos nos ofrecen la impresión de una discusión explosiva: "La meta-psicología no es una psicología", argumenta Gill (1976). "¿Dos teorías o una?"; bajo este tema expone G. Klein (1970) sus críticas acerca de la teoría de la libido. "Metapsicología, ¿quién la necesita?" se pregunta Meissner (1981). Frank (1979) al profundizar extensamente los libros de G. Klein (1976), Gill y Holzman (1976) y Schafer (1976), pareciera llegar, al menos en el título, a la resignación: "Dos teorías, ¿una o ninguna?" Modell (1981) contesta a la pregunta "¿Existe aún la metapsicología?", con un "sí y no": los puntos de vistas metapsicológicos característicos conducen a callejones sin salida y por esto deben ser abandonados. Lo que Modell retiene de la metapsicología tradicional es la idea vacía de contenido. Finalmente, Brenner (1980) cree aclarar las aberraciones y confusiones de sus colegas mediante su exégesis de los textos inequívocos de Freud, afirmando que la metapsicología es equiparable con la teoría de Freud de los procesos inconscientes y con toda la psicología profunda (p.196).

Los textos metapsicológicos de Freud se pueden interpretar de varias maneras, y estas diferentes lecturas yacen en la raíz de la controversia actual. Toda discusión psicoanalítica sería aún comienza apoyándose en una exégesis de la obra de Freud, pero no por eso quedan los problemas superados. De la exposición anterior, debería quedar claro que la razón de por qué la crisis de la teoría afecta al método psicoanalítico, es que ella influye el tipo de ideas que

el analista confronta con el material y también la medida en que éstas posibilitan la comprensión y eventualmente la explicación del material. En el contexto de su descubrimiento, las ideas que Freud se había formado sobre la base de sus observaciones de los ataques histéricos y otros síndromes psicopatológicos, lo capacitaron para alcanzar una explicación nueva y única de los procesos inconscientes. Desarrolló entonces un método, para poder, en base a nuevas observaciones, verificar sus ideas. Nadie puede actuar sin una teoría. En una importante contribución, Wisdom escribió: "Por consiguiente, cuando se está confrontado con un problema, se tiene que tener antes una teoría" (1956, p.13). En este punto, Wisdom deja en claro que las distintas técnicas psicoanalíticas son producto de las teorías, como intentos de resolver problemas prácticos y teóricos.

El modo en que los analistas responden a las explosivas preguntas planteadas, depende claramente de lo que los autores entiendan por metapsicología y de cómo ellos interpreten los pasajes de Freud al respecto. Nuestros propios estudios nos han convencido de que Rapaport y Gill (1959) son justos en sus interpretaciones de la metapsicología y de su lugar en la obra de Freud. Ellos asignan un mismo rango a los distintos puntos de vista metapsicológicos. Más tarde, fue especialmente Gill (1976) quien dio al punto de vista económico, es decir, al planteamiento explicativo biológico de Freud, un lugar central. Las diferencias de opiniones al respecto tienen diversos orígenes. Por un lado, el texto relevante se deja interpretar de distintas maneras; por el otro, en la aplicación que hace el analista, los diferentes puntos de vista metapsicológicos tienen naturalmente una diversa y particular relación con la experiencia del paciente. Vista de esta manera, la metapsicología también es psicología. Finalmente, los puntos de vista dinámico y topográfico parecen estar más cercanos al nivel de las vivencias y a los conflictos humanos que las representaciones económicas de procesos cuantitativos, que no se pueden experimentar. En nuestra opinión, esta manera de organizar la meta-psicología es, sin embargo, engañosa, ya que Freud no sólo fue siempre fiel al punto de vista económico, sino que también trató de construir la teoría desde la pulsión y la biología, además que esperaba de los factores cuantitativos la futura solución a los problemas abiertos y aún por resolver. De este modo se llegó al "uso falso de los conceptos cuantitativos en psicología dinámica" (Kubie 1947). Naturalmente, si se sigue la proposición de Meissner (1981) de vaciar la metapsicología de sus contenidos específicos, no sería necesario hacer ningún cambio. El se distancia de los puntos de vista metapsicológicos y no ve en ellos otra cosa que una idea guía, algo que cada científico necesita tener de forma adicional junto a su método; una prerogativa indiscutible. También Modell (1981) desviste la metapsicología de Freud de sus atributos fisicalísticos, al ver en la "bruja", como Freud una vez denominó la metapsicología, el símbolo de la especulación y del fantasear.

Habría que preguntarse, con Mefisto de Goethe, si "es ésta la forma de lidiar con brujas", (Faust I, "La cocina de la bruja"). ¿En qué contexto buscó Freud

consejo en el "abecedario brujo"? En una obra tardía, *Análisis terminable e interminable* (1937c), Freud quiso avanzar en el problema de si es posible "tramitar de manera duradera y definitiva, mediante la terapia analítica, un conflicto entre la pulsión y el yo, o una demanda pulsional patógena dirigida al yo" (p. 227). El pidió consejo a la bruja: "Uno no puede menos que decirse: 'Entonces es preciso que intervenga la bruja' ('So muss denn doch die Hexe dran'), la bruja metapsicología quiere decir. Sin un especular y un teorizar metapsicológicos -a punto estuve de decir: 'fanta-sear'- no se da aquí un solo paso adelante" (1937c, p.228). Después de consultar a la bruja, Freud creyó encontrar la respuesta en los elementos cuantitativos de la fuerza de la pulsión, o en la "relación entre robustez de la pulsión y robustez del yo" (1937c, p.228). Freud explicó la experiencia del placer y el displacer mediante el principio económico. Suponía que el placer y el displacer, como experiencias psíquicas y somáticas, se originan debido a la investidura de ideas afectivas por energía psíquica, donde el placer corresponde a la descarga de esta energía. Inversión y descarga son los dos mecanismos de regulación supuestos por Freud. La bruja metapsicología no nos conduce entonces a campañas imaginarias, sino a cantidades reales, que Freud, por cierto, localizó allí donde el método psicoanalítico nunca las podrá alcanzar: en el substrato biológico, en los procesos cerebrales neurofisiológicos, en resumen, en el cuerpo. Brenner (1980) reclama el haber alcanzado la verdadera exégesis, cuyo resultado es hacer equivalente la metapsicología con la psicología del inconsciente y con el total de la psicología psicoanalítica. Es indiscutible que Freud puso de relieve los factores económicos y cuantitativos a través de toda su obra, y no sólo en sus trabajos tardíos. Este énfasis es atribuido a la influencia de Brücke y con esto a la escuela de Helmholtz, como si el identificar el origen del principio económico cambiara en algo el hecho de que en teoría psicoanalítica, y con ello también en la teoría del inconsciente, la descarga y la investidura como puntos de vista económico-energéticos, sean decisivos. Incluso Brenner tiene que partir del hecho de que Freud pretendía explicar los fenómenos psíquicos dinámica, topográfica y económicamente. Rapaport y Gill (1959, p.153) describieron estos supuestos como el fundamento de la teoría psicoanalítica. Se trata, en el sentido de Freud, de las "proporciones de fuerzas entre las instancias del aparato anímico por nosotros discernidas, o, si se prefiere, inferidas, conjeturadas" (1937c, p.228). Si se agrega el punto de vista genético y el adaptativo, el conjunto de los cinco puntos de vista metapsicológicos cubren entonces el total del espectro teórico del psicoanálisis.

El problema no consiste ahora en cuántas hipótesis se pueden formular y en qué nivel de abstracción se pueden localizar, sino, qué tipos de supuestos teóricos son, finalmente, posibles de evaluar por medio del método psicoanalítico o por experimentos psicológicos. En su discusión sobre la relación entre teoría y método, Brenner deja fuera un problema esencial. Exactamente aquel que condujo a que fuera precisamente el punto de vista

económico el que terminara bajo el fuego cruzado de la crítica, y con él las asunciones teóricas asociadas: los elementos que Freud tomó prestados de la biología de su época restringieron las comprensiones de la psicología profunda y las explicaciones psicoanalíticas, o incluso las deformaron, como fuera acertadamente señalado por Modell. Los datos que son obtenidos mediante el método psicoanalítico, son altamente influenciados por las ideas transmitidas por el analista. Por esto no es indiferente cómo se nombren las ideas a las que se adscribe un rol en la dinámica psíquica (Rosenblatt y Thickstun, 1977). En contraposición a esto, Brenner (1980, p.211) piensa que no hace diferencia, si se habla de energía psíquica, de esfuerzo motivacional, o si se emplea acaso un código como el del abc. Ya que el inconsciente se abre al método psicoanalítico sólo en tanto la pulsión está representada psíquicamente; es incluso decisivo el que se hable de claves anónimas o de motivos llenos de significado y que se orientan hacia una meta.

Modell (1981, p.392) subraya que la metapsicología no explica la teoría clínica, sino que esta última se deriva de aquélla. Para sostener esto, Modell apela al ejemplo de que A. Freud no podría haber escrito su libro *El yo y los mecanismos de defensa* (1936), si Freud no hubiese revisado la metapsicología y dispuesto un nuevo modelo, en el cual las fuerzas inconscientes son vistas como partes del yo. A pesar de todas las modificaciones, Freud siempre mantuvo la idea del monismo materialista; simultáneamente sin embargo, en su exploración de la vida psíquica, era muy consciente del rol jugado por el método. En otras palabras, cuando Freud describió sus exploraciones psicológicas de los procesos inconscientes y del origen como de las consecuencias de las represiones, tenía un enfoque dualista. Su genio pudo imponerse sobre las pseudoexplicaciones e hizo posible los grandes descubrimientos de los años veinte, en los escritos socialpsicológicos y psicoanalíticos *El yo y el ello* (1923b) y *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921c). Al mismo tiempo, en su escrito *Más allá del principio del placer* (1920g), el intento de dar un fundamento metapsicológico a la vida psíquica alcanzó su punto culminante. En él, las explicaciones pseudocientíficas (metapsicológicas) mantuvieron un alto nivel de prestigio, en contraposición a la declaración de Freud de que el psicoanálisis científico sería aquel que se apoya sobre ideas psicológicas auxiliares (1927a, p.241), y a su exigencia pedagógica de que los analistas tendrían que aprender "a restringirse al modo de pensar psicológico" (Freud 1932, en una carta a V. v. Weizsäcker, cit. de v. Weizsäcker 1977 [1954], p.125 ). Esta es la razón de por qué el título de Gill, *La metapsicología no es una psicología*, produce tanta conmoción.

La crisis actual surge de la crítica expresada por psicoanalistas que no se permitieron tomar las cosas por el lado fácil. Uno de los representantes de este grupo es Gill. Después de la ampliación de la metapsicología junto a Rapaport (Rapaport y Gill 1959), la revisión de la obra de Freud *Proyecto de psicología* (1950a), en conjunto con Pribram (Pribram y Gill 1976), marcó un punto de viraje en su pensamiento. Como se puede deducir del artículo de Weiner

(1979) sobre el trabajo de Pribram y Gill, así como también del ensayo de Holt (1984), en honor a la vida y obra de Gill, se le hizo a éste inevitable abandonar la idea de que el punto de vista económico es el principio fundamental de la metapsicología. El método de la psicología profunda no es capaz de asegurar nada acerca de los pro-cesos neurofisiológicos u otros procesos biológicos. El que Freud, a pesar de todo, repetidamente retornara precisamente al punto de vista económico y hacia los su-puestos especulativos sobre la distribución de la energía en el organismo, se debió a las siguientes razones:

El psicoanalista está continuamente ocupado con procesos que se refieren a la experiencia corporal del hombre. Las teorías subjetivas del paciente sobre su condición corporal son antropomórficas, es decir, reflejan las concepciones infantiles acerca de su cuerpo. El lenguaje metapsicológico no sólo conserva ideas biológicas anticuadas, sino que sus metáforas elevan las fantasías de los pacientes sobre su cuerpo, es decir, sobre la imagen que ellos consciente o inconscien-temente tienen de sí mismos, a un nivel de abstracción. Gill (1977) llamó la atención hacia el hecho de que la metapsicología está repleta de imágenes que delatan su origen en las fantasías sexuales infantiles. Por intermedio del sistema metapsicológico, Freud quería explicar las proyecciones, que anteriormente habían conducido hacia la formación de representaciones metafísicas. El que la teoría estructural sea una proyección de fantasías inconscientes, es reconocido desde hace ya tiempo por los kleinianos. Segal (1964) plantea incluso que el cambio es-tructural es posible, precisamente debido a la íntima relación entre estructura y fantasía inconsciente: "Es analizando las relaciones del yo con los objetos, inter-nos y externos, y alterando la fantasía acerca de éstos, como se puede material-mente afectar la estructura del yo más permanente" (p.9; la cursiva es nuestra).

Presenta a continuación el sueño de un paciente cuyo contenido manifiesto es, según Segal, la representación en la fantasía de la estratificación del aparato psíquico en ello, yo y superyó. Cuando tomamos conciencia de que las nociones infantiles y las creencias biológicas obsoletas se encuentran entretejidas en el lenguaje de las metáforas metapsicológicas, se hace más fácil entender por qué estos conceptos han retenido tal vitalidad, incluso cuando ellos se han hecho insostenibles como partes constitutivas de una teoría científica. Si, como Gill, uno secunda las definiciones de Freud y sus contenidos específicos, no se puede aceptar por más tiempo la metapsicología como una teoría científica. Pero ciertamente, si la definición es dejada al parecer de cada autor, cada uno puede comenzar nuevamente y dejar, sin embargo, las cosas tal como antes. En este sentido, Modell (1981) incluye todos los fenómenos psicológicos universales, como la compulsión a la repetición, la identificación y la interiorización, el origen y desarrollo del complejo de Edipo, el desarrollo del superyó y del yo ideal, dentro de la metapsicología. El es de la opinión de que los procesos que son comunes para todas las personas, es decir, los que permiten el más alto grado de generalización, deben ser concebidos por definición como biológicos.

Pensamos que es inapropiado adscribir a la biología los fenómenos universales, tales como la identificación y los conflictos edípicos, las fantasías y el tabú del incesto, bajo el pretexto de que aparecen en todas las culturas, aunque con contenidos específicos bastante diferentes, condicionados por lo sociocultural. Pues estos procesos psicosociales presuponen la capacidad de simbolización, que normalmente no se adjudica a la biología. Cualquiera que sea el modo de cómo haya surgido el tabú del incesto en el triángulo edípico, nosotros preferimos la concepción psicosocial y sociocultural de Parsons (1964, pp.57ss) a las hipótesis biológicas, las cuales sugieren que el homo sapiens primitivo ya tenía algún tipo de conocimiento de las ventajas de la exogamia o de la evitación del incesto.

Hay que recalcar que los fenómenos psicosociales y socioculturales tienen autonomía y ni su origen ni su modificación pueden ser reducidos a procesos biológicos. En este contexto, y en contraposición a Rubinstein (1980), vemos como extraordinariamente fértil para el psicoanálisis la argumentación de Popper y Eccles, deliberadamente especulativa, en favor de una concepción interaccionista del problema cuerpo-alma (1977). Popper y Eccles adscriben a los procesos psíquicos poderosos efectos evolutivos cuando suponen que el hombre, después de aprender a hablar e interesarse en el lenguaje, se puso en camino para desarrollar su cerebro y su intelecto (1977, p.13).

En este punto, no nos interesa el efecto del mundo psíquico interno sobre la evolución del hombre ni las teorías especulativas de Popper y Eccles sobre eso, sino algunos puntos contenidos en el interaccionismo filosófico: la liberación y la independencia del psicoanálisis, como ciencia psicosocial, del monismo materia-lista como fundamento de la metapsicología. Los argumentos filosóficos y neuro-fisiológicos que Popper y Eccles usan, son heurísticamente muy productivos y además mucho menos especulativos de lo que Rubinstein supone. Pues los experimentos de tipo neurofisiológico o, mejor dicho, psiconeurofisiológico, en cierta especie de caracol, efectuados por Kandel (1979, 1983), implican un interaccionismo que permite a lo psíquico un ámbito propio independiente: la estimulación sensorial sistemática de los órganos táctiles de estas babosas, conduce a cambios estructurales de las células cerebrales en la correspondiente región de representación cerebral. En resumen, se puede decir que estos experimentos pioneros pueden interpretarse en el sentido de que los procesos cognitivos (psíquicos) traen consigo cambios estructurales (celulares) (véase Reiser 1985).

En forma resumida, podemos decir que las críticas a la metapsicología, tal como fueron presentadas por Gill, G. Klein y Schafer, son, según nuestra opinión, convincentemente justificadas. Modell cree poder aminorar el problema, en cuanto él critica solamente los principios explicativos biológicos obsoletos de Freud. Cita el ejemplo de la reificación del concepto de energía, diciendo que esto conduce a una teoría incorrecta de la descarga de los afectos. Nosotros creemos que la raíz de la crisis se encuentra en la confusión de biología y psicología, que surge del monismo materialista de Freud,



finalmente fundado sobre un isomorfismo de lo psíquico y corporal. Por esto, argumentamos en favor de una teoría del psico-análisis basada primariamente en ideas auxiliares, que se apoyen en la psicología profunda. En favor de esto hablan razones metodológicas, porque es el único modo posible de llevar a cabo investigaciones fundamentadas de correlación psicofisiológica. Aunque, hay que decirlo, tales investigaciones se inspiran a menudo en la idea utópica de que se pueden usar técnicas neurofisiológicas para probar teorías psicológicas. En este error se pasa por alto que las técnicas neurofisiológicas se refieren a un ámbito de estudio totalmente distinto al de las teorías psicológicas, de modo que desde este punto de vista es totalmente absurdo preguntarse acerca de la compatibilidad o incompatibilidad de las teorías psicológicas con las neurofisiológicas.

Desde algún tiempo ha quedado claro que el psicoanálisis va a emerger transformado de esta crisis, sobre todo porque los analistas ya no tienen que complicarse más con explicaciones metapsicológicas pseudocientíficas sobre la transformación de la energía, etc. Cada vez más, las preguntas científicas se plantean en aquel punto donde el método encuentra la tierra firme de su conocimiento, la amplitud de su quehacer práctico y su significación científica: es decir, en la situación analítica (Lieberman 1962; Hermann 1963).

Esta investigación tiene una gran relevancia práctica, pues se refiere al área de aplicación más importante del método: la terapia. Hace sólo poco tiempo ha quedado claro que la crisis ha tomado este rumbo. Pues, inicialmente, parecía que con la renuncia a la metapsicología, necesariamente había que renunciar también a la pretensión de una teoría explicativa. Muchos analistas equipararon las explicaciones causales con la ciencia, y vieron tales explicaciones enraizadas en la metapsicología, a la cual, sin embargo, le faltan todas las características de una teoría científica natural verificable. El veredicto de Habermas (1971) sobre el "auto-malentendido científico" de Freud, referido a pseudoexplicaciones metapsicológicas, transformado en slogan, llevó a muchos a no ver el hecho de que Habermas, junto a la interpretación, asignó también una gran importancia a la teoría explicativa de los procesos inconscientes. Estos problemas los hemos discutidos en detalle en una publicación previa sobre las dificultades metodológicas de la investigación psicoanalítica clínica (Thomä y Kächele 1975), donde intentamos establecer una unión entre el rol eminente de la interpretación dentro del trabajo terapéutico, y que presenta al método psicoanalítico como una forma especial de hermenéutica, con el reclamo de Freud de haber sistematizado, en la teoría psicoanalítica, explicaciones de las vivencias humanas, del actuar y el comportarse. Ya que la teoría explicativa del psicoanálisis se había hecho equivaler con la meta-psicología, y puesto que el vasto intento de sistematización de Rapaport había llevado a la conclusión de que estas ideas no pueden ser verificadas científicamente, ni en la situación analítica ni de forma experimental, pareciera que el giro en favor de la hermenéutica, llevado a cabo

por analistas tanto al interior como más allá del círculo de Rapaport, ofreciera un camino de salida.

Queremos a continuación comentar este giro hermenéutico, basándonos en la obra de G. Klein, ya que este investigador, desaparecido cuando aún era demasiado joven, unió la hermenéutica con la teoría clínica. A diferencia de la concepción pluriestratificada de Waelder (1962), G. Klein distingue dos sistemas teóricos, que se diferencian en el modo de plantearse las preguntas. Klein efectuó primeramente esta distinción en relación a la sexualidad (1969) y luego la generalizó (1970, 1973). Él separa la teoría clínica de la metapsicología, y las diferencia recurriendo al quiebre en la interpretación de los sueños de Freud, en razón de la pregunta acerca del cómo y del porqué. La teoría clínica la centra en la pregunta por el significado, el objetivo y la intención. Puesto que la idea del fundamento científico del psicoanálisis se asoció a las pseudoexplicaciones metapsicológicas, Klein parece haber llegado a una dicotomía, según la cual a la práctica analítica se le asigna la labor de comprensión y donde el problema de la explicación se deja sin tocar. En este punto, se trata de averiguar si las explicaciones motivacionales tienen un status epistemológico que difiere en principio de las explicaciones causales.

Los argumentos filosóficos en favor de que causa y motivo son categorías distintas, se balancean con la afirmación de que las explicaciones causales difieren de las motivaciones del pensar y el actuar humano. La lógica de las explicaciones psicoanalíticas y su posición, entre descripción, contexto motivacional y contexto funcional, constituye un problema en sí mismo, que no puede ser tratado aquí (Rubinstein 1967; Sherwood 1969; Eagle 1973; Moore 1980). La discusión sobre motivo y causa, según se deduce de la literatura, no está aún terminada (Beckerman 1977; Wollheim y Hopkins 1982; Grünbaum 1984). Sin embargo, en lo que a la práctica terapéutica interesa, se puede establecer que en ésta se recurre tanto a explicaciones motivacionales como a contextos de significado. Quisiéramos ilustrar este punto con extractos de una anterior publicación nuestra: "En vista a los síntomas, las construcciones toman la forma de hipótesis explicativas [...] ellas llegan a ser así afirmaciones teóricas de las cuales se pueden deducir pronósticos particulares. Hablando de manera general, estos pronósticos identifican las condiciones causales responsables del estado neurótico y tienen la pretensión de que el proceso terapéutico debe disolver estas condiciones, en orden a inducir el cambio" (Thomä y Kächele 1975, p.86). Esta tesis no contiene otra cosa que la teoría de la represión de Freud y a la cual también se adhiere Habermas. A diferencia de Habermas, y en forma aún más decidida que Lorenzer (1974), nos mantenemos firmes en la idea de que la constatación del cambio puede y tiene que ir más allá de la sensación de evidencia subjetiva. Si no es así, la comprensión hermenéutica queda expuesta al riesgo de una "folie à deux". Al igual que Freud, asumimos una relación causal entre una condición determinada (la represión de un impulso insatisfecho) y las consecuencias (el retorno del material reprimido), en la forma de un síntoma.

En términos metapsicológicos, Freud enmarcaba esta tesis de la manera siguiente:

Ahora bien, hemos llegado al término o concepto de lo inconsciente por otro camino: por procesamiento de experiencias en las que desempeña un papel la dinámica anímica. Tenemos averiguado (es decir: nos vimos obligados a suponer) que existen procesos anímicos o representaciones muy intensos -aquí entra en cuenta por primera vez un factor cuantitativo y, por tanto, económico- que, como cualesquiera otras representaciones, pueden tener plenas consecuencias para la vida anímica (incluso consecuencias que a su vez pueden devenir conscientes en calidad de representaciones), sólo que ellos mismos no devienen conscientes. No es necesario repetir aquí con prolijidad lo que tantas veces se ha expuesto. Bástenos con que en este punto intervenga la teoría psicoanalítica y asevere que tales representaciones no pueden ser conscientes porque cierta fuerza se resiste a ello, que si así no fuese podrían devenir conscientes, y entonces se vería cuán poco se diferencian de otros elementos psíquicos reconocidos. Esta teoría se vuelve irrefutable porque en la técnica psicoanalítica se han hallado medios con cuyo auxilio es posible cancelar la fuerza contrarrestante y hacer conscientes las representaciones en cuestión. Llamamos represión (fuerza de desalojo) al estado en que ellas se encontraban antes de que se las hiciera conscientes, y aseveramos que en el curso del trabajo psicoanalítico sentimos como resistencia la fuerza que produjo y mantuvo la represión (Freud 1923b, p.16; cursiva en el original).

La fuerza de la resistencia, descrita aquí en términos metapsicológicos, puede, según nuestra opinión, ser fundamentada psicodinámicamente e investigada analíticamente, sin necesidad de recurrir al supuesto factor económico. En el curso de la resolución, que resulta del trabajo interpretativo, se van modificando las condiciones que mantienen la represión (y con esto los síntomas). Eventualmente, las causas inconscientes específicas de la represión pueden ser abolidas también, es decir, llegar a hacerse inefectivas. Este cambio disuelve los procesos así determinados, pero no el nexo causal en sí mismo; como enfatiza Grünbaum (1984), la disolución en realidad confirma como correcto el supuesto rol del nexo. No queremos acá adentrarnos en la pregunta de la demostración empírica y en el problema de la verificación de hipótesis en la situación analítica (véase cap. 10). Valga sólo decir que este esquema explicativo es insuficiente para responder la pregunta de por qué ciertos estados inconscientes se expresan en síntomas. El modelo energético ofreció en esto una pseudoexplicación y debiera ser sustituido por un modelo más apropiado.

Nuestro interés en este punto es mostrar que la teoría explicativa psicoanalítica se refiere a los procesos psíquicos inconscientes, los cuales son accesibles a la interpretación. Por este motivo, cualquier investigación sistemática sobre la situación analítica deberá referirse tanto a la comprensión como a la explicación. Aquí se trata, en especial, de las ideas que el analista tiene en mente cuando interpreta desde la empatía. Creemos que hay que poner especial atención en cómo los conceptos teóricos previos del analista influyen su proceder. En este contexto, nos parece particularmente inquietante que el principio económico metafísico, continúe sobreviviendo en la hermenéutica profunda -tanto en Habermas (1971) como en Ricoeur (1969) y, en forma más destacada aún, en Lorenzer (1974)- cuando, después de todo, hoy día lo

sabemos inapropiado y, por este motivo, no apto para servir de marco para las interpretaciones (véase Thomä y cols. 1976).

Mediante un simple cambio de nombre se hará de la metapsicología algo aparentemente nuevo: la metahermenéutica. Al hacer esto, no sólo todo queda como antes, sino que la confusión entre teoría y fenómeno aumenta, en realidad, todavía más, pues la metahermenéutica es elevada a la categoría de un conocimiento psi-coanalítico a priori:

Sería conveniente reservar el nombre de metapsicología para aquellos supuestos básicos que se refieren a la conexión patológica entre lenguaje cotidiano e interacción y que pueden ser descritos en términos del modelo de estructura [de Freud] fundamentado en la teoría del lenguaje. En esto, no se trata de una teoría empírica sino de una metateoría o, mejor, de una metahermenéutica que explica la condición de posibilidad del conocimiento analítico. La metapsicología desarrolla la lógica de la interpretación en la situación de diálogo psicoanalítico (Habermas 1968, p.310; la cursiva es nuestra).

En la medida en que esta metapsicología hermenéutica, o diríamos hermenéutica metapsicológica (en realidad metafísica), fundamenta la lógica de la interpretación y el conocimiento psicoanalítico desde arriba, olvida la verificabilidad empírica. Si no se trata de una teoría empírica, todos aquellos que pretenden que se puede, y que se debe documentar con datos de la situación analítica las propias observaciones y afirmaciones, pueden ser, entonces, ridiculizados. En este punto, Lorenzer (1970) invoca a Ricoeur, que en esto sigue los pasos de Lacan. Sería, por cierto, equívoco ligar a algunos nombres la profunda lucha por la fundamentación científica de la práctica psicoanalítica. Estos juegan, a lo máximo, el rol de exponentes, como portavoces más o menos convincentes de un choque entre corrientes espirituales y políticas de nuestro tiempo, y para las cuales el psicoanálisis ha llegado a ser vehículo de expresión.

Algo se ha ganado al aclarar, en la obra de Freud, algunos aspectos del trasfondo de esta profunda polémica, aun cuando no encontremos allí la clave que pudiera decidir entre lo verdadero y lo falso. Tampoco es de mucha ayuda el referirse a las afinidades que, por ejemplo, existen entre la afirmación de Brenner de que la metapsicología debe ser definida como la psicología del inconsciente en sentido amplio, y la de Lacan, según la cual de lo que se trata es de la estructura del mis-mo. Lo mismo sucede en relación a las semejanzas entre los conceptos de deseo, necesidad y ansia. En nuestra opinión, es decisivo si el analista fundamenta o no sus afirmaciones con datos y observaciones. Freud describió de manera estructural las leyes de la génesis de los sueños y del trabajo onírico en función de determinados fenómenos y, finalmente, también mediante las formaciones de com-promiso como modelo de síntomas. Se trata aquí, necesariamente, de la descripción de estructuras, lo que, por

cierto, debe hacerse mediante hechos y datos. Aunque es verdad que, precisamente en las explicaciones metapsicológicas de Freud se deslizan asunciones materialistas metafísicas que hipostasian el inconsciente en el sustrato cerebral, es igualmente cierto que él permanentemente buscó las conexiones psíquicas de los fenómenos observables, en el sentido de explicaciones causales, es decir, y a modo de ejemplo, su reconducción hasta los deseos inconscientes. El peligro de asignar una sustancia al inconsciente, y así ontologizarlo, es, en la metahermenéutica, aún mayor que en la metapsicología, pues siempre donde se descuida la empiría, crece algún metalenguaje como maleza, como convincentemente lo ha señalado Spence:

[...] se hizo cada vez más respetable el escribir sobre los datos, en vez de hacerlos accesibles; y en tanto esta tradición persistió, los detalles clínicos de un caso se sobrecargaron con conceptos abstractos. Para el metalenguaje no hubo ningún tabú [...]. Y así, las observaciones específicas de las sesiones se trajeron frecuentemente a categorías carentes de sentido. En este proceso, los postulados de un realismo ingenuo pudieron ser reafirmados. [...] Mientras el lenguaje de la metapsicología se convirtió en el lenguaje normal del psicoanálisis, llegó a ser totalmente natural el ver los fenómenos clínicos en términos de la teoría. Todas las observaciones se cargaron de teorías, y así, éstas fueron ahora informadas como si se tratara de material puro de observación. [...] Puesto que los datos crudos no estaban nunca a disposición, no era posible comprobar cuán bien o cuán mal calzaban los datos con las interpretaciones. De esta manera, el metalenguaje y el realismo ingenuo que le pertenece, se perpetuó indefinidamente (1985, p.64; cursiva en el original).

Cuando, como Lacan, se considera al psicoanálisis como un charlar significativo (*Une pratique de bavardage*, Lacan 1979b), se debiera esperar que se presentaran diálogos psicoanalíticos más extensos que los publicados hasta ahora (Schneiderman 1980). Al contrario, lo que se conoce es que los analistas de la escuela lacaniana callan especialmente mucho (Lang 1986, p.VIII-IX). Es especialmente digno de hacer notar el que sean precisamente analistas que se entienden a sí mismos como hermeneutas, quienes no iluminan sus tesis a través de ejemplos literales de su práctica. Lorenzer apoya su teoría del trastorno del lenguaje única y exclusivamente en una reinterpretación del síntoma de Juanito. Para aquellos analistas que toman las palabras en serio y que consideran la interpretación del intercambio verbal como central, debiera ser especialmente natural el grabar el diálogo.

En vez de eso, tal procedimiento se desacredita como positivista. Por supuesto, los diálogos así grabados requieren interpretación, y en ese sentido todos los analistas son hermeneutas. La diferencia esencial entre los analistas que trabajan clínica y empíricamente y aquellos que, como filósofos o literatos, especulan sobre la situación analítica, es que los primeros no pueden, finalmente, sustraerse de los síntomas y de su cambio.

Ahora bien, no hay que pasar por alto el que a muchos analistas les es muy difícil renunciar a la metapsicología. La verdad es que a lo largo de las décadas, las metáforas metapsicológicas han ido tomando significados psicodinámicos, que distan mucho del contenido original de su significado físico. Por ejemplo, el principio de constancia de Fechner, contenido en el punto de vista económico, devino en el principio del nirvana. Incluso la profunda verdad humana, expresada en los versos de Nietzsche (1973 [1893]): "Todo placer busca eternidad, [...] desea una profunda, profunda eternidad" (Así habló Zaratustra, Tercera Parte, el convaleciente, 3), podría, en caso de necesidad, ser entendida como una expresión an-tropomórfica del principio de constancia y de la teoría de la descarga.

Precisamente, aquellas experiencias que G. Klein denominara "vital pleasures", son aquellas que tienen, más que ninguna otra experiencia, un fundamento físico-corporal. Hambre y sexualidad tienen la calidad de aquello que, con buena razón, se denomina "instinto", y que se distingue fenomenológicamente de otras experiencias. El clímax sexual es una vivencia corporal exquisita, en la cual uno se siente simultáneamente fuera de sí. El éxtasis parece tocar la eternidad y ya perderla nuevamente en el mismo clímax, para buscarla y volver a reencontrarla en el deseo. Al mismo tiempo, se llevan a cabo prosaicos procesos de retroalimentación positiva y negativa, es decir, desarrollos motivacionales en sus niveles conscientes e inconscientes, que no se encuentran contenidos en la teoría instintiva de Freud, la que construyó sobre el modelo del arco reflejo. Por este motivo, Holt (1976), después de una valoración detallada y positiva de los datos clínicos contenidos en la teoría de la libido, es decir, del desarrollo psicosexual del hombre, llega a la conclusión de que la pulsión, como concepto metapsicológico, está muerto y que debe ser reemplazado por el de deseo. No podemos aquí resumir detalladamente su cuidadosa investigación, apoyada clínica y experimentalmente sobre convincentes hallazgos, pero es digno de mencionar que Holt utiliza la teoría del deseo de Freud para cubrir, adecuadamente, todos los elementos de la psicosexualidad.

La doctrina psicoanalítica de la motivación y del significado, que se encuentra en pleno proceso de formación, puede ser concebida como un desarrollo positivo en relación a la crisis de la teoría, sólo si es capaz de unir los fenómenos conocidos y observados con los procesos inconscientes, de manera más convincente que la mezcla de las teorías anteriores.

Y efectivamente, de las investigaciones filosóficas y psicoanalíticas que comienzan con títulos tan provocativos como ¿Qué ha quedado de la teoría psicoanalítica? (Wisdom 1984) o Muerte y transfiguración de la metapsicología (Holt 1981), se destacan algunos principios psicodinámicos sobre el significado del inconsciente dinámico, de manera más clara que en la opaca mezcla metapsicológica. Al final se vuelve, transfigurado, a los descubrimientos más tempranos de Freud sobre la vida psíquica humana inconsciente: en el principio era el deseo. Los deseos pulsionales son la fuerza motivacional de

nuestras vidas. La búsqueda del placer y la evitación del displacer son los motivos más fuertes de la acción humana, especialmente cuando estos principios son equipados con amplios contenidos de experiencias placenteras y displacenteras. El principio del placer-displacer es un esquema regulador de primer orden. El psicoanálisis perdería su profundidad, si su teoría motivacional no tuviera su punto de partida en el inconsciente dinámico. Aquí nos enfrentamos, empero, a una gran dificultad metodológica, señalada por Wisdom (1984):

Pues el inconsciente [el inconsciente dinámico que no puede hacerse consciente, incluso tampoco mediante interpretaciones] es más como la raíz de un árbol; y no importando cuántos nuevos retoños puedan ponerse a descubierto, nunca la raíz podrá hacerse equivalente a la suma de los retoños que irrumpen desde el suelo. El inconsciente tiene siempre un potencial mayor y es más que sus manifestaciones. Su status científico es como el de aquellos conceptos altamente abstractos de la física, que jamás podrán ser verificados mediante la observación directa (1984, p.315; cursiva en el original)

Por cierto, fue el descubrimiento de los pensamientos transferidos al preconscious, ya tempranamente en *La interpretación de los sueños*, lo que llevó a Freud a inferir la existencia de deseos inconscientes. En este punto, se trató siempre de conclusiones en base a una teoría psicodinámica del deseo, teoría que no puede ser confirmada o refutada por asunciones acerca de procesos neurofisiológicos, sean éstas formuladas según los conocimientos de los tiempos de Freud, o de acuerdo a los actuales. Según nuestra opinión sin embargo, la pulsión, en el sentido de la definición metapsicológica de Freud, no debe ser dada por muerta sólo porque las necesidades básicas animales y humanas, como el hambre, la sed y la sexualidad, sean reguladas por otros mecanismos que la descarga. Las evidencias presentadas por Holt (1976, 1982) son ciertamente relevantes para el psicoanálisis, pero solamente en la medida en que se acepte la metapsicología de Freud como su fundamento explicativo científico natural. Fue precisamente esta creencia, la que impidió a los analistas reconocer la inadecuación de la teoría pulsional dualística, la cual atraviesa todos los niveles de la teoría y de la práctica.

La teoría explicativa del psicoanálisis permaneció fijada a la biología del siglo diecinueve, en vez de comprometerse con las experiencias ganadas en la situación analítica. Por cierto que, tanto en la situación analítica como en el lenguaje metafórico de la práctica, la metapsicología se transfiguró hace ya buen tiempo, aunque sólo en este último tiempo, y en vista de su entierro oficial, se ha podido llevar a cabo un inventario de sus bienes. Por razones metodológicas, nos declaramos de acuerdo con el punto de vista del interaccionismo psicofísico de Popper y Eccles (1977), en contraste con Rubinstein (1976) y Holt (1976), porque las teorías de la identidad desembocan en forma regular en un materialismo monístico (al cual Freud también se adhería), a pesar del énfasis puesto en la autonomía de los niveles psíquico y corporal dentro de la unidad. La preferencia generalizada por la teoría de la identidad parece tener sus raíces en el inconsciente. Cada uno de nosotros es

idéntico a su cuerpo, pero es también extraño a él, pues no podemos mirar a su interior como dentro de un objeto. Así, nuestro cuerpo nos presenta más incógnitas que los objetos externos, los cuales podemos analizar e investigar. Finalmente, podemos tomar una posición excéntrica a nuestro cuerpo y separarnos intelectualmente de él. Esto podría conectarse con el ansia inconsciente hacia la unidad, que atraviesa todas las ramas de la ciencia: se trata de la eterna esperanza de que, en algún alto nivel de abstracción, puedan ser válidos los mismos conceptos, como lo plantea un argumento muy recurrido y variado, que Adorno criticara en vista de la relación entre sociología y psicología (1972 [1955]).

Pensamos que la crítica a la energía pulsional ha abierto nuevos horizontes a la psicología profunda científica. Una objeción contraria a este punto de vista, es que las corrientes psicoanalíticas que se apartan de la teoría de la pulsión no infrecuentemente se superficializan (Adorno 1952); sin embargo, esta falta de profundidad es evitable. Esta pérdida posiblemente depende del hecho de que muchos analistas igualan el inconsciente con pulsión o energía. Esta ecuación conduce entonces a que la renuncia a la visión económica pulsional quita vuelo a las fantasías del analista sobre el inconsciente de su paciente. Después de todo, el proceso terapéutico depende de muchas condiciones, y nuestras ideas sobre la fuerza pulsional tiene un efecto estimulante sobre el inconsciente. La heurística psicoanalítica siempre se orientará según el principio del placer, es decir, según la dinámica de los deseos inconscientes, incluso cuando el punto de vista económico de la teoría de la pulsión haya sido agotado. Pues las verdades ocultas en la mitología de la pulsión de Freud y expresadas metafóricamente, parecen estibar en el hecho de que el ello puede ser entendido como la fuente inagotable del fantasear humano, que apunta más allá de las realidades restrictivas, más allá del espacio y del tiempo. Como lo demostrara Adorno (1952, p.17), a la libido le vale ser considerada como "la genuina realidad psíquica" del psicoanálisis. Si se generaliza la libido en el sentido de la intencionalidad, se la está despojando de su fuerza pulsional elemental, fuerza que casi se estaría tentado de describir como anclada en la existencia corporal. Por esto, al criticar el punto de vista económico de la teoría de la libido, hay que tener cuidado en no arrojar el bebé con el agua de la bañera. El diagnóstico de Adorno es acertado. El psicoanálisis revisado y sociologizado tiende a caer en la superficialidad adleriana, donde la teoría dinámica de Freud, basada en el principio del placer, es reemplazada por simple psicología del yo (Adorno 1952, p.2).

El principio económico y los supuestos sobre la regulación de experiencias placenteras y displacenteras mediante la energía psíquica, se han hecho insostenibles, tanto por razones neurofisiológicas como clinicopsicoanalíticas, y, asimismo, en atención a los más recientes resultados de las investigaciones sobre la interacción madre-hijo. En el impresionante lenguaje gráfico de la teoría de Freud, se sugieren similitudes entre procesos físicos y psíquicos que



de hecho no existen. Si el analista sigue el poder sugestivo de las metáforas hasta ámbitos donde esta comparación ya no es más válida, su acción terapéutica se perderá también en un callejón sin salida. La crisis de la teoría impacta, pues, profundamente la práctica psicoanalítica.

#### 1.4 Las metáforas en psicoanálisis

Para orientarse dentro de un campo nuevo y desconocido, Freud utilizó comparaciones provenientes de la neuroanatomía y de la neurofisiología de su tiempo. Hoy en día, debiéramos tomar en cuenta su advertencia de no "ceder a la tentación de coquetear con la endocrinología y con el sistema nervioso autónomo, [y tratar] de asir los hechos psicológicos mediante representaciones auxiliares psicológicas" (1927a, p.241, la cursiva es nuestra). Esta cita se encuentra en el epílogo de *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, específicamente en aquel punto, donde Freud traza "la línea fronteriza [que] corre entre el psicoanálisis científico y sus aplicaciones, en los ámbitos médico y no médico" (p.241; la cursiva es nuestra) y donde hace su famosa declaración sobre la unión inseparable. No es correcto, así se desprende del contexto, diferenciar un análisis médico, esto es, terapéutico, de otras aplicaciones. En tanto que las descripciones metafóricas se apoyen sobre representaciones no psicológicas (y esto corresponde a gran parte de la metapsicología), no cumplen con las exigencias impuestas por Freud (las que, sin embargo, él mismo desestimara en sus días pioneros).

La metafórica de Freud (como suma de excitación, descarga, investidura, ligazón, etc.), proviene de la neurofisiología del siglo pasado. Por supuesto, no hay en sí nada criticable en el uso de metáforas, pues toda teoría científica vive de, y con su propio lenguaje metafórico (Grossman y Simon 1969; Wurmser 1977). Mediante las metáforas, los significados de un objeto primario (conocido, familiar) son transferidos, de acuerdo con el sentido de la palabra, a un objeto secundario (desconocido, no familiar), como lo mostrara Grassi (1979, pp.51ss) en su discusión sobre el desarrollo histórico del concepto. Las comparaciones hechas no demuestran nada por sí mismas, como dijo una vez Freud (1933a, p.67), pero pueden hacer que uno se sienta más en su casa dentro del territorio nuevo, aún desconocido. Por este motivo, parece natural que Freud se apoyara en la neurología de su época, al avanzar en un territorio desconocido y, por ejemplo, comparara el aparato psíquico con el arco reflejo o describiera el inconsciente, el ello, como "un caos, una caldera llena de excitaciones borboteantes" (1933a, p.68), entre las muchas otras metáforas económicas y cuantitativas que acuñara (Rubin-stein 1972).

Tanto por razones prácticas como científicas, es esencial clarificar hasta dónde alcanza la similitud sugerida por las metáforas. Lo importante es poder distinguir las características comunes y las diferencias dentro de los fenómenos mutuamente relacionados mediante la metáfora, es decir, determinar los

ámbitos positivos y, sobre todo, los ámbitos negativos de la analogía (Hesse 1966; Cheshire 1975). Una comparación apropiada, revela mejor la similitud que una inadecuada; pero las metáforas impactantes pueden sólo simular un alto valor explicativo y así llevan a olvidar precisar las disimilitudes, es decir, el ámbito de lo diferente. Freud creó muchas metáforas con las cuales los psicoanalistas, aún hoy en día, se sienten como en casa (véase J. Edelson 1983). Mientras las metáforas poco apropiadas fueron abandonadas al sufrir la teoría modificaciones, el ámbito de la "analogía negativa", es decir, de lo diferente, a menudo ha permanecido sin clarificarse. Incluso es bastante probable que muchas de las metáforas acuñadas por Freud se hayan basado en la creencia de un isomorfismo, es decir, en la equivalencia de los ámbitos comparados. De otro modo, él no hubiera planteado la posibilidad, más bien, expresado la esperanza, de que la terminología psicológica fuera algún día reemplazada por un lenguaje fisiológico y químico común, en el sentido de un monismo materialístico (1920g, p.58).

Una dificultad adicional se añade al hecho de que no pocas metáforas psicoanalíticas, que tenían su sentido primario en la neurofisiología del siglo pasado, mantienen una reputación científica que de hecho perdieron hace mucho tiempo en su ámbito primario, sin que hubiesen sido verificadas empíricamente en forma adecuada en su ámbito secundario. Esta vieja terminología metafórica incluso de-forma la experiencia psicoanalítica ganada y su interpretación. Las metáforas, de las cuales vive la metapsicología, tuvieron una vez una función integrativa útil, en cuanto hicieron de puente entre lo conocido y lo desconocido. Más tarde, el lenguaje metafórico contribuyó a formar la identidad del psicoanalista dentro del movimiento psicoanalítico.

De las metáforas, llegamos ahora a otro problema lingüístico. Brandt (1961, 1972, 1977), Bettelheim (1982) y Pines (1985) aseveran que la mayoría de los problemas del psicoanálisis actual se pueden retrotraer hasta el hecho de que Strachey haya reemplazado el lenguaje metafórico y antropomorfizante de Freud por un inglés artificial mecanicista, con el objeto de darle un aura científica. El que la traducción de Strachey adolece de muchos puntos débiles y errores, es algo que ya les quedó claro a muchos psicoanalistas germanoparlantes y tampoco cabe duda de que él reemplazó mucha de la terminología lúcida y vívida de Freud por términos que, en el mejor de los casos, dicen algo a filólogos clásicos. A este respecto, es pertinente agregar aquí la opinión de Etcheverry (1978), autor de la última y más completa traducción crítica de Freud al castellano, que es la que utilizamos en este libro. En el volumen de presentación de las obras completas, Sobre la versión castellana, Etcheverry afirma que para traducir con justicia a Freud hay que "no sólo ser rigurosos en los conceptos capitales del psicoanálisis, sino conceder una atención igualmente estricta al entronque de la obra freudiana con la problemática antropológica y filosófica del pensamiento alemán" (p.3). En la versión de Strachey no sería ya posible reconocer el horizonte del texto freudiano, por la traducción descuidada de algunos términos y conceptos

importantes, cuya cabal comprensión pasa por la referencia a autores alemanes clásicos, desde Kant hacia adelante. El texto inglés, más pragmático y empirista, se vería especialmente debilitado en la proyección del horizonte de la problemática romántica de las polaridades constituyentes del alma y la naturaleza. Pero, ¿se puede responsabilizar a esto de los problemas teóricos que tienen tan profundo efecto sobre la práctica analítica? Ornston (1982, 1985a) también hizo la conjetura de que una razón de por qué Freud mostró lo que Jones (1959, p.23) denominara una "actitud caballeresca en materia de estas traducciones" era que él positivamente quería retener la riqueza y la variedad de las asociaciones al lenguaje cotidiano.

La crítica de Bettelheim se puede ilustrar haciendo referencia a la traducción de *Besetzung* y el verbo correspondiente *besetzen*, por "cathexis" y por "to cathect". Las palabras inglesas no le dicen nada al hombre común, al lego, a diferencia del término original (*besetzen*, ocupar, llenar, investir). ¿Pero, qué quería decir Freud mismo con *Besetzung*? En su artículo "Psicoanálisis: escuela freudiana" aparecido en la décimotercera edición de la Enciclopedia Británica, escribió:

La consideración económica supone que las subrogaciones psíquicas de las pulsiones están investidas (*besetzen*) con determinadas cantidades de energía (*cathexis*) y que el aparato psíquico tiene la tendencia a prevenir una estasis de esas energías y a mantener lo más baja posible la suma total de las excitaciones que gravitan (*belasten*) sobre él. El decurso de los procesos anímicos es regulado automáticamente por el principio de placer-displacer, relacionándose de algún modo el *displacer* con un aumento de la excitación y el placer con un aminoramiento de ella (1926f, p.253-4; cursiva en el original).

No tiene importancia alguna el que, en este pasaje, Freud mismo utilizara la palabra "cathexis". El punto esencial es que, en base a la hipótesis económica de Freud, los analistas se preocuparon de demostrar la existencia de la *cathexis*, sea expresándolo en alemán, inglés o en cualquier otra lengua, y usando para tal efecto fórmulas grotescas, como Bernfeld y Feitelberg (1929, 1930) o describiendo intrincadas transformaciones de la libido, como Hartmann, Kris y Loewenstein (1949). Más decisivo aún, es el hecho de que, hasta poco tiempo atrás, los analistas adscribieran al concepto "cathexis" un poder explicativo, debido a su aparente precisión cuantitativa. Esto influencia toda la gama de la práctica psicoanalítica, por ejemplo, la concepción cuantitativa de la tensión creciente que resulta del silencio en el análisis. El estudio detallado de la obra de Ricoeur (1970) revela que la teoría cuantitativa de la descarga le permite incluso sustentar su enfoque hermenéutico. Pasando por alto los errores de traducción, es el neologismo el que, precisamente, tiene el potencial de exponer los problemas. A Freud le disgustaba el uso innecesario de términos técnicos y estaba descontento cuando en 1922 Strachey introdujera, en la búsqueda de una mayor claridad, la palabra inventada "cathexis" (del griego) como traducción de *Besetzung*. Strachey comenta en su introducción a *El yo y el ello* (véase Freud 1923b, SE.p.63), que Freud, eventualmente, se habría reconciliado con esta traducción, desde que él mismo empleó el término (*cathexis*) en la versión

alemana del artículo de la Enciclopedia Británica (Freud 1926f, p.253). Ornston (1985b), independientemente de nosotros, ha publicado información útil acerca del trasfondo de las razones que tuvo Strachey para la adopción de este término. Naturalmente, el lector alemán promedio puede representarse algo bajo la palabra besetzen, debido a que puede extrapolar el significado de las diferentes acepciones cotidianas al nuevo campo, es decir, puede entender metafóricamente el término. En contraposición a esto, el neologismo "ca-texis" puede servir de metáfora solamente al filólogo que conoce el significado de la raíz griega.

Resumiendo, se puede afirmar que Strachey, al introducir neologismos tales como "catexis", o latinizaciones de los conceptos alemanes como Ich (yo) o Über-Ich (superyó) en "ego" y "superego", de ningún modo fue responsable de crear nuevos problemas, como opinan Bettelheim (1982) y Brandt (1961, 1972, 1977), sino, por el contrario, contribuyó a hacer públicos los problemas que ya existían (Ornstein 1982). Lo importante en este punto es la pregunta sobre la relación entre la teoría psicoanalítica explicativa y la experiencia subjetiva del paciente. En las Conferencias de introducción al psicoanálisis, Freud formuló de manera programática el paso que va de la fenomenología de la vivencia hasta la explicación psicoanalítica:

No queremos meramente describir y clasificar los fenómenos, sino concebirllos como indicios de un juego de fuerzas que ocurre dentro del alma, como exteriorización de tendencias que aspiran a alcanzar una meta y que trabajan conjugadas o enfrentadas. Nos esforzamos por alcanzar una concepción dinámica de los fenómenos anímicos. Para el psicoanálisis, los fenómenos percibidos tienen que ceder el paso a tendencias sólo opuestas (Freud 1916-17, p.59; cursiva en el original).

Desde este punto de vista, es irrelevante hablar de una traducción anglicista de Ich (yo), de Über-Ich (superyó) o de su latinización en "ego" y "superego", pues ni lo uno ni lo otro es equivalente al yo que vivencia (igualmente Ich en alemán). En la introducción al escrito de Freud El yo y el ello, Strachey indica correctamente que el uso que Freud daba a la palabra Ich ("el yo") era poco claro:

Por cierto, este vocablo era bien conocido antes de Freud; pero el sentido preciso que él le adjudicó en sus primeros escritos no carece de ambigüedad. Parece posible discernir dos usos principales: en uno de éstos, el vocablo designa el "sí mismo" de una persona como una totalidad (incluyendo, quizá, su cuerpo), para diferenciarla de otras personas [significado cotidiano]; en el otro uso, denota una parte determinada de la psique, que se caracteriza por atributos y funciones especiales [en teoría estructural] (Strachey, en Freud 1923b, p.8; paréntesis cuadrados de los traductores).

No cabe duda de que Freud trataba de explicar el vivenciar y el actuar de la persona mediante la teoría del aparato mental. Por este motivo, tampoco es posible pensar que una eventual corrección de la traducción del original alemán estaría en condiciones de resolver los problemas que surgen en la teoría.

Sin duda alguna, juega un rol decisivo lo que entendamos por "ello", y que sea posible responder a la pregunta planteada por Hayman (1969) "What do we mean by 'Id'?" ("¿Qué entendemos por el 'ello'?"), que busca contestar en el contexto de la sociedad y cultura inglesa, francesa y alemana. Aunque siga siendo siempre un sustantivo, Breuer señala, en su parte del trabajo en conjunto con Freud (Breuer y Freud 1895d), que el peligro es igualmente grande en todos los idiomas:

Sí, como a Binet y Janet, la escisión de una parte de la actividad psíquica nos parece situada en el centro de la histeria, estamos obligados a buscar sobre este fenómeno toda la claridad posible. Con gran facilidad se cae en el hábito de pensamiento de suponer tras un sustantivo una sustancia, de ir comprendiendo poco a poco "conciencia", "conscience", como si tras ese término hubiera una cosa. Y cuando uno se ha acostumbrado a usar por vía metafórica referencias localizadoras como "subconciencia", con el tiempo se constituye en efecto una representación en que la metáfora es olvidada, y uno la manipula como si se tratara de una representación objetiva. Entonces queda hecha la mitología (Breuer y Freud, p.237-8).

El hecho de que las advertencias de Breuer en contra de la reificación fueran tomadas tan poco en cuenta, se debe a la insuficiente consideración de los puntos de vistas filosóficos, como constató Dilman (1984, p.11).

Cuando un alemán escucha la palabra "Es", piensa inmediatamente en el pronombre impersonal es ("id"), que en ese idioma es ampliamente usado en frases que expresan sentimientos (por ejemplo, es tut mir leid: lo siento; es fällt mir ein: se me ocurre; es stößt mir etwas zu: me sucede algo). Este pronombre impersonal toma un rol activo en las descripciones de estados afectivos internos: me sobre-coge, me da susto, me provoca, me da asco. Kerz (1985) escribe que Nietzsche, a pesar de su crítica a pensar en términos de substancia, no rehuyó hablar de voluntad, poder, vida, fuerza, etc., cuando trataba de ir más allá de las limitaciones de la conciencia.

A pesar de todas las advertencias, los sustantivos constantemente son reificados y por esa razón se carga al ello psicoanalítico con una cantidad considerable de características humanas.

Los antropomorfismos son entonces una parte inevitable del uso de metáforas, en las que el hombre se erige inconscientemente en la medida de todas las cosas y, de acuerdo con esto, busca encontrar el yo, y en forma particular sus deseos e intenciones, en la parte escondida, aún inconsciente, de la naturaleza humana, es decir, en el ello. A pesar de su terminología fisicalística, Freud se cuidó de atribuir sustancia material al ello sustantivizado, mediante el uso amplio de metáforas antropomórficas para explicar los procesos inconscientes y también con su firme adhesión al método de investigación psicoanalítico como puramente dinámico. Pero, una vez que se traspasan estos límites, se está sólo a un paso de las enfermedades del ello, y de hacerlo equivalente a los procesos corporales patológicos. El ello de la filosofía del romanticismo y de la filosofía de la vida, esto es, el ello de Nietzsche, llega a ser entonces el ello de la psicósomática de Groddeck, y la unidad científica mística, meta de una

aspiración insaciable, pareciera estar más cerca: la psicósomática de Groddeck y sus derivados.

¿Y nosotros, qué entendemos por el ello (id)? Esta pregunta se puede responder más satisfactoriamente, si se conoce la historia intelectual que influyó a Freud, in-cluyendo su elección del uso nietzscheano de la palabra. Una persona culta de habla alemana y que se encuentra familiarizada con la historia de las ideas, hará, ciertamente, distintas asociaciones con la palabra Es, que las que el lector de la Standard Edition con el término id. Pero, las versiones inglesa, francesa, castellana y alemana de la teoría psicoanalítica de la mente, se encuentran igualmente distantes del paciente que trata de asociar. Bettelheim (1982) culpa a la latinización de algunos términos y al nivel relativamente bajo de educación de muchos pacientes de hoy en día (los cuales, en contraste con la educada burguesía vienesa, no están familiarizados con la mitología clásica, por ejemplo, la leyenda de Edipo), el que, según él, el psicoanálisis actual haya perdido la humanidad de Freud y se haya vuelto abstracto.

Consideramos que los argumentos de Bettelheim no son acertados, puesto que la teoría de Freud, como cualquier otra, se distingue de la experiencia subjetiva, y la aplicación práctica del método nunca ha dependido de si el paciente haya o no escuchado hablar del drama de Sófocles. Más bien, mientras menos sepa el paciente, más convincentes serán los descubrimientos terapéuticos y científicos. La crítica de Bettelheim no se aplica a la teoría psicoanalítica, ni tampoco al paciente medio actual, pero sí al modo como los analistas emplean las teorías sobre el ello. Ciertamente, las teorías pueden ser más o menos mecánicas, y las teorías de Freud del desplazamiento, de la condensación y de la representación en imágenes, como los procesos inconscientes más importantes, son quizás más mecánicas que la tesis de Lacan (1968) de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Las hipótesis teóricas sobre los procesos inconscientes implicados en la represión, como condición para la formación de síntomas, no tienen directamente nada que ver con el tema de la actitud humanista del analista. Desde luego, cuando se trata de la aplicación terapéutica del método analítico, la empatía humana se hace inmediatamente relevante. En ese momento, la responsabilidad terapéutica profesional, exige buscar soluciones a los problemas que resumimos al final del capítulo 10.

Finalmente, habría que destacar que la importancia de las metáforas en el diálogo psicoanalítico reside en que el lenguaje figurativo permite unir lo concreto con lo abstracto. Además, la clarificación de las similitudes y las diferencias es un factor constante en la terapia (Carveth 1984b). Arlow (1979) caracterizó al psicoanálisis como un procedimiento metafórico, basándose en que la transferencia, como típico fenómeno psicoanalítico, se reduce a un proceso metafórico, es decir, al hecho de transferir el significado de una situación a otra. Delinearemos las consecuencias que esta concepción tiene

para la técnica de tratamiento, en la discusión sobre la interpretación transferencial, en la sección 8.4.

## 1.5 La formación analítica

Las instituciones psicoanalíticas han fallado en la exigencia de Freud de mantener una unión inseparable entre terapia e investigación. El legado de Freud es mantenido principalmente mediante el entrenamiento de terapeutas, sin que se impulse apreciablemente la investigación sistemática y la atención de pacientes ambulatorios o de policlínico, como estaba previsto en el modelo freudiano de funcionamiento de un instituto psicoanalítico. De esta forma, se produjo un estancamiento, el que inicialmente quedó oculto debido a la inesperada expansión del psicoanálisis en los Estados Unidos de Norteamérica después de la segunda guerra mundial. El reconocimiento social del psicoanálisis motivó a muchos jóvenes médicos a emprender su formación analítica. Nuevos institutos de formación analítica hicieron su aparición. Los conceptos psicoanalíticos formaron la base para la psicoterapia dinámica y la psiquiatría (véase Sabshin 1985). Pero la investigación sistemática de la situación analítica, como lugar de origen del psicoanálisis, recién está en sus comienzos (Schlesinger 1974).

En los institutos norteamericanos, aparte de unos pocos profesionales no médicos, que son admitidos como candidatos investigadores debido a la capacidad que demuestran tener para la investigación interdisciplinaria, la admisión queda restringida sólo a psiquiatras o médicos especialistas, para ser formados y practicar como analistas. A primera vista, podría parecer obvio que el a menudo lamentado estancamiento se debe a la "ortodoxia médica" (Eissler 1965) o a la formación "medicocéntrica" (Parin y Parin-Matthèy 1983a). En un examen más cercano, este diagnóstico rápido se demuestra como una mera descripción de síntomas que se basa en una concepción más bien estrecha del medicocentrismo. Es más ajustado decir que la meta de la formación tiene el mismo efecto estandarizante en todo el mundo. Aun en países donde la formación está abierta a legos (incluyendo académicos no médicos), los institutos, finalmente, forman también terapeutas psicoanalíticos. La especialización en la técnica estándar los capacita para tratar pacientes que se adecuan a ésta.

Es un hecho indiscutible que casi todos los psicoanalistas no médicos abandonan su profesión previa y sólo muy pocos permanecen activos en el campo de su disciplina académica original o hacen investigación interdisciplinaria en él (Thomä 1983b). Una excepción digna de destacar la constituye el pequeño grupo de psicoanalistas no médicos que ya antes de ser entrenados bajo los auspicios de la Asociación Psicoanalítica Americana eran científicos calificados. Circunstancias externas favorables contribuyeron a que una mayoría de los analistas de este grupo fueran posteriormente productivos en el

área de la investigación interdisciplinaria y que mantuvieran la competencia en sus campos originales, para beneficio del psicoanálisis. Es pues la meta de la formación la que impone restricciones y ortodoxia, y que es injustamente calificada de "médica". De hecho, en todas las demás áreas de la medicina, se promueve la investigación básica ; pero, en la formación psicoanalítica, el énfasis en la práctica es etiquetado como "medicocéntrica".

El cuestionamiento científico, tanto en materias generales como específicas, rompe, también en la investigación psicoanalítica, las cadenas de todo tipo de ortodoxia y conduce, en psicoanálisis, a la cooperación con las humanidades y las ciencias sociales. Freud subraya que

[el psicoanálisis] es la única entre las disciplinas médicas que mantiene los vínculos más amplios con las ciencias del espíritu y está en vías de obtener, para la historia de las religiones y de la cultura, para la mitología y la ciencia de la literatura, un valor semejante al que ya posee para la psiquiatría. Esto podría maravillar si se creyera que por su origen no tuvo otra meta que comprender síntomas neuróticos e influir sobre ellos. Pero no es difícil indicar el lugar en que se echaron los puentes hacia las ciencias del espíritu. Cuando el análisis de los sueños permitió inteligir los procesos anímicos inconscientes y mostró que los mecanismos creadores de los síntomas patológicos se encontraban activos también en la vida anímica normal, el psicoanálisis devino psicología de lo profundo y, como tal, susceptible de aplicarse a las ciencias del espíritu (Freud 1923a, p.248; cursiva en el original).

En el esfuerzo de tratar la persona enferma adecuadamente, como una unidad alma-cuerpo, la medicina debe incorporar todas las ciencias que puedan ayudar a investigar, aliviar y curar el sufrimiento humano. En este sentido, el método psicoanalítico es uno entre muchos sirvientes que deben estar al servicio del paciente y no de una especialidad en particular. Más que las especialidades médicas establecidas, el psicoanálisis ha luchado (y lo sigue haciendo) por su derecho a determinar su campo propio de actividad e investigación y para trabajar correspondientemente por el bien de los pacientes y de la sociedad. El que el psicoanálisis permaneciera durante largo tiempo como uno de los sirvientes menores, y que Freud tuviera que luchar para impedir que fuera subordinado a un amo (la psiquiatría), ha dificultado su desarrollo práctico y científico. Eissler (1965) saludó la separación de las instituciones psicoanalíticas de las facultades de medicina y de las universidades, pero en los hechos esta separación fue una de las causas de la ortodoxia médica alegada. Pues la ortodoxia en la medicina científica no tendría en el largo plazo ninguna posibilidad de sobrevivencia. Desde luego, el psicoanálisis ha sido, por buenas razones y desde siempre, "medico-céntrico", en el sentido de que la práctica curativa es su fundamento y el lugar de nacimiento de su teoría de la cultura. En la investigación científica, queda particularmente demostrada tanto la posición interdisciplinaria del psicoanálisis como su dependencia del intercambio con las ciencias vecinas. El esquema psicoanalítico puede ser aplicado productivamente a las ciencias humanas. Pero toda cooperación interdisciplinaria lleva consigo la relativización del campo de acción global reclamado en favor del psicoanálisis, sea como psicología o como teoría de la



cultura. En todos los institutos psicoanalíticos o en las universidades donde se hayan formado en las últimas décadas grupos de investigación, se han introducido todo tipo de ideologías (Cooper 1984b; Thomä 1983b).

No es el establecimiento de institutos psicoanalíticos independientes como tal lo que ha conducido hacia la rigidización, sino su unilateralidad, sobre la cual se queja nada menos que la distinguida analista A. Freud (1971) y que Kernberg (1985) recientemente investigara, llegando a la siguiente conclusión: tanto en su estructura como en su función, las instituciones psicoanalíticas se asemejan más bien a escuelas profesionales y a seminarios teológicos, que a universidades y escuelas de arte. Una vívida descripción de la atmósfera formativa que se vive en algunos institutos, la ofreció un grupo de candidatos chilenos en un trabajo que lleva el sugestivo título de Regresión y persecución en la formación analítica (Bruzzone y cols., 1986). Esta situación poco favorable la encontramos, sin embargo, en todas partes, es decir, incluso en los centros aparentemente más liberales y fuera del control de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) respecto de los procedimientos de admisión, y que ofrecen formación analítica tanto a analistas legos como a profesionales médicos. La crítica de A. Freud es válida en todos aquellos puntos donde la investigación es descuidada durante la formación analítica y donde la experiencia práctica queda reducida a unos pocos casos de supervisión. La prolongación del análisis didáctico a lo largo de los últimos decenios y la correspondiente intensificación del trabajo de supervisión, no ha aflojado significativamente la rigidización.

Sin poder profundizar más detalladamente en este complejo tema del análisis didáctico y de las supervisiones, queremos dejar establecida la siguiente observación: es revelador el hecho de que la duración de las terapias de los pacientes crece en proporción directa a la duración de los análisis didácticos y de las supervisiones. De esta forma, el análisis didáctico y las supervisiones determinan lo que cada escuela entenderá por un psicoanálisis no diluido, estricto y genuino. Hace ya tiempo que Glover (1955, p.382) llamó la atención hacia los componentes narcisistas de esta sobrevaloración inusual del aspecto cantidad, es decir, el número de sesiones, la duración de los análisis en años y décadas, y sus consecuencias. Este problema no puede dejar de mencionarse en un texto de terapia psicoanalítica, debido a que los análisis didácticos y las supervisiones influyen en la práctica y la profesión, más que cualquier otro aspecto de la formación. Su prolongación, como único cambio fundamental durante medio siglo, ha creado dificultades difíciles de superar (A. Freud 1971, 1983; Arlow 1982; Laufer 1982).

Es por esto prometedor el que la IPA tenga actualmente en miras este problema. A esta conclusión llega Kernberg, quien expuso sus conclusiones en un simposio organizado por la IPA sobre el tema "Changes in Analysts and in their Training" (Wallerstein 1985). Si se es optimista, se puede contar con cambios a largo plazo, que permitan la realización de la tríada anhelada por

Freud, de formación, atención al enfermo e investigación. Queda claro que los cursos vespertinos, como aquellos que se dan en las instituciones psicoanalíticas tradicionales, son poco apropiados para alcanzar esta meta (A. Freud 1971; Redlich 1968; Holzman 1976).

## 1.6 Orientaciones y corrientes analíticas

Mientras más se expandía el psicoanálisis, más difícil se hacía encontrar un consenso sobre lo esencial, más allá de las diferencias de escuela. Los cambios anunciados en las discusiones entre los psicoanalistas vieneses y londinenses en los años treinta, se hicieron realidad en los veinticinco años siguientes (Riviere 1936; Waelder 1936).

Esto condujo a polarizaciones: según Rapaport (1967), quedaron, por un lado, sin aclarar teóricamente las implicaciones psicosociales y las relaciones de objeto en la psicología del yo psicoanalítica. Por otro lado, el mismo autor califica la teoría de las relaciones de objeto de Klein (1945, 1948), irónicamente, como una mitología del ello. El punto decisivo es la posición del ello en la teoría y en la práctica. En la esfera de influencia de Lacan, la psicología del yo se hizo sospechosa de superficialidad, aunque Freud (1923b) había descrito el yo como profundamente enraizado en el ello. Así, Pontalis (1968, p.150) planteó la cuestión de si acaso la psicología del yo americana en realidad no destruye conceptos fundamentales como el inconsciente, para desembocar en una psicología del aprendizaje.

Las teorías de Klein sobre el desarrollo temprano y sus recomendaciones de ofrecer interpretaciones profundas sin analizar las resistencias, condujo a una considerable oposición hacia la psicología del yo, representada en el escrito de A. Freud (1936) El yo y los mecanismos de defensa. En Londres se formó un grupo intermedio entre ambos polos. El psicoanálisis norteamericano siguió la tradición de la psicología del yo. La controversia entre kleinianos y psicólogos del yo aún persiste, pero ha perdido sus aristas polémicas. La mayoría de los analistas se encuentra en una posición intermedia, en un amplio espectro de concepciones teóricas y técnicas.

En un estudio comparativo, Kernberg (1972) presentó tanto la crítica de la psicología del yo a la teoría de Klein, como la respuesta de los kleinianos a aquella. La influencia de Klein sobre el psicoanálisis como un todo es notable: una parte considerable de la teoría kleiniana es aceptada hoy en día en vastos sectores. Existe un reconocimiento general de la importancia de las relaciones de objeto tempranas, en el desarrollo normal y patológico. La proposición de que las reacciones depresivas hacen su aparición durante el primer año de vida, ha sido aceptada incluso por aquellos autores que no están convencidos de que la posición depresiva, en el sentido más estricto, sea una fase de transición normal. Steiner (1986) plantea que una de las razones por la cual las llamadas discusiones controversiales, que se llevaron a cabo en Londres durante los años

1943-44 entre kleinianos y ana-freudianos, no condujeran a un cisma de la sociedad británica, fue el que hubiera un acuerdo fundamental sobre la validez de la posición depresiva infantil planteada por Klein. Del mismo modo, los autores de la psicología del yo que tratan pacientes limítrofes y psicóticos, se orientan a sí mismos según las constelaciones de de-fensa que caracterizan a la posición esquizoparanoide y depresiva.

El rol significativo que juega la agresión en las fases tempranas del desarrollo fue subrayado por Klein (1935). Sus hallazgos fueron reconocidos incluso por aquellos sectores que rechazan las tesis específicas que tienen su origen en la hipótesis de la pulsión de muerte. Por ejemplo, también Jacobson (1964) ubica las etapas tempranas de la formación del superyó en el segundo año de vida y destaca la importancia de sus estructuras tempranas en el desarrollo psíquico posterior. La datación precoz de los conflictos edípicos en el segundo y tercer año de vida, dada por Klein, y su tesis sobre la influencia de los factores y conflictos preedípicos sobre el desarrollo psicosexual y la formación del carácter, son también ampliamente aceptados.

Pareciera estar en la naturaleza de las cosas el que las unilateralidades propias de las escuelas bajen de tono cuando son absorbidas por la teoría psicoanalítica general. La aleación y el amalgamamiento de las teorías implica inevitablemente la influencia mutua y la permeabilidad de sus elementos. Las hipótesis de Klein sobre los procesos de defensa precoces han tenido un impacto fructífero en la técnica de tratamiento. De acuerdo con Kernberg, el factor más importante en este punto es la interpretación de los procesos de escisión, que hace más entendible, por ejemplo, la génesis de las reacciones terapéuticas negativas como consecuencia de la envidia inconsciente y que complementa la comprensión de Freud sobre este fenómeno (véase sec. 4.4.1).

El texto de técnica psicoanalítica, recientemente publicado por Etchegoyen (1986), es una muestra de cómo un autor, que declara que le "gusta a veces decir que [es] un kleiniano fanático para que no [lo] confundan" (p.13), debe hacer uso de conceptos de otras corrientes psicoanalíticas, en especial cuando aborda algunos temas de técnica que no han sido objeto de desarrollo por kleinianos. Este pluralismo ideológico debiera quizás adjudicarse a los méritos de la escuela rioplatense de psicoanálisis, que se ha caracterizado por su capacidad en asimilar nuevos puntos de vista.

Es evidente que las ideas de Klein han dejado una profunda huella en el pensamiento analítico latinoamericano. Tomamos como índice la escuela rioplatense (Argentina y Uruguay), la más influyente en el continente. Ya en 1948, la Asociación Psicoanalítica Argentina publicaba *El psicoanálisis de niños*, de Klein, traducido por Arminda Aberastury. Sería, sin embargo, un error pensar que esta recepción fue pasiva. Se podría afirmar lo contrario, es decir, que los representantes más ortodoxos de la escuela kleiniana inglesa se deben sentir más bien incómodos al comprobar cómo las ideas básicas de Klein han sido incorporadas en otros marcos referenciales totalmente ajenos. Si tomamos como base la revisión que Liberman hace de los autores principales de la

escuela rioplatense, en el capítulo V de su libro *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (1970), comprobamos una clara y explícita tendencia a la concepción diádica de la relación analítica (pareja analítica), en clara contraposición con la concepción monádica kleiniana. Con diversidad de matices y con contradicciones internas, una mayoría de los autores (entre otros, Alvarez de Toledo, Racker, Bleger, Liberman, M. y W. Baranger), estarían de acuerdo en partir de la situación analítica como una unidad de-terminada por ambos participantes, y donde todos los fenómenos observables de-ben ser considerados en función de lo que ambos miembros, analista y paciente, contribuyen para su emergencia. Siguiendo a Liberman, en estos autores se reconoce la paternidad de Pichon-Rivière, miembro de la primera generación de analistas argentinos. Pichon-Rivière, en el prólogo al libro de Liberman *La comunicación en terapéutica psicoanalítica* (1962), plantea que "otro punto de partida y que forma parte de su [de Liberman] esquema referencial, conceptual y operativo es el considerar al proceso psicoanalítico como un proceso dialéctico, en espiral, con la intervención bicorporal, pero siempre tri-personal, ya que el tercero 'escamoteado', negado, etc., de la situación triangular aparece como 'el modificador del campo'" (p.VIII). Es en este marco referencial donde son incorporadas las ideas kleinianas de fantasía inconsciente, identificación e introyección proyectiva. Quizás esto explique por qué Hoffman (1983) afirma, con entusiasmo, que Racker, autor argentino considerado kleiniano, debe en realidad ser reclasificado como uno de los más importantes precursores del paradigma interaccional, por su concepción de la reciprocidad en la situación analítica. Todo lo anterior se corrobora, si leemos, en el capítulo 3, sección 6: la pareja analítica, del libro de técnica de Etchegoyen (1986), su apasionado alegato acerca de la inutilidad de la concepción diádica, postulada, según él por una mayoría de los analistas rioplatenses, y donde, consecuentemente, plantea la vuelta a la concepción monádica de Klein. De acuerdo con ésta, sería más útil hablar de la psicopatología del paciente que es "recibida" por un "buen" analista (esto es, un analista sobre todo bien analizado) y en este proceso entendida y posteriormente interpretada. Es notable, sin embargo, cómo el mismo Etchegoyen debe hacer uso del concepto de pareja analítica cuando trata algunos temas de técnica, como por ejemplo, el de la primera entrevista. En el capítulo 3 nos extenderemos más sobre los problemas de tal concepción "total", que ignora la contribución del analista en la emergencia de los fenómenos observables en la situación analítica.

Klein y la escuela inglesa influenciaron también a los representantes de la psicología de las relaciones de objeto, tales como Balint, Fairbairn, Guntrip y Winnicott. La independencia de estos cuatro autores de la escuela kleiniana y de la inglesa, ha sido subrayada recientemente por Sutherland (1980), al hablar de los cuatro teóricos de las relaciones de objeto británicos. A Balint le corresponde el mérito de haber hecho utilizable la psicología bi- y tri-personal en la técnica de tratamiento, luego de que enfatizara, ya en el año 1935, el

significado de las relaciones personales en el desarrollo infantil. En oposición a Klein, en cuya concepción el objeto (la persona materna) se constituye, sobre todo, por las fantasías infantiles y su correspondiente proyección, Balint parte de la base de que la reciprocidad es el fundamento de la formación del objeto.

Frente a otras teorías de interacción, damos nuestra preferencia a la psicología bi- y tripersonal de Balint, por una serie de razones que trataremos de explicar mediante la oposición de la concepción de Balint con otros esquemas, que aparentemente suenan como similares. Balint (1935) deja abierto lo que está sucediéndose en la relación entre dos personas. Él asume que algunas transferencias y contratransferencias son específicas a la personalidad y que la teoría del analista influye en la situación analítica. La visión de Balint de que los conflictos intra-psíquicos adultos se reflejan en la relación, se distingue, como una psicología bi-personal, de la teoría interpersonal de Sullivan (1953), en cuanto ésta no da importancia a las experiencias subjetivas del paciente ni a sus necesidades instintivas.

La diferencia esencial entre el esquema de Balint y el "campo bipersonal" de Langs (1976) consiste, entre otras cosas, en que Langs pareciera dar por hecho que este campo se constituye y estructura especialmente por los procesos de la identificación proyectiva e introyectiva. Balint en tanto, allí donde Langs y otros autores creen saberlo todo respecto a lo que sucede en la situación analítica, deja muchas cosas abiertas y, sobre todo, por qué aquello sucede de tal modo. Naturalmente, ningún analista está libre de concepciones teóricas; Balint, sin embargo, siempre acentuó el aspecto provisional de sus declaraciones y enfatizó la relevancia del punto de vista del observador. Esta relativización es una de las razones por la que Balint actuó en contra de lo dogmático y no fundó una escuela. Por lo demás, su psicología bipersonal corresponde al desarrollo científico, tanto general como específico. En esta línea, Erikson amplió la psicología del yo haciendo referencia a filósofos norteamericanos, como James, Cooley y Mead y a sus contribuciones a la formación de la identidad psicosocial y la autoestima (Cheshire y Thomä 1987).

Llegamos ahora a otro importante tema que señala el cambio de la práctica analítica. El advenimiento de la psicología de las relaciones de objeto puede ser visto en parte como un signo de que los pacientes, debido a la acechante y creciente inseguridad básica, buscan apoyo en el analista. Esto no debiera ser visto solamente como una repetición de expectativas y frustraciones infantiles. Se abren así nuevas posibilidades de expandir la técnica interpretativa psicoanalítica hacia nuevos campos que no han sido suficientemente investigados, debido a que no se le ha dado la suficiente importancia al aquí y ahora. En el curso de nuestros intentos de integración, mucho hemos ganado explorando el desarrollo de las polarizaciones, y por eso quisiéramos mostrar, en base a algunos ejemplos notables, cómo la técnica psicoanalítica llegó a su estado actual.

Las dos conferencias internacionales más importantes sobre la teoría de los resultados terapéuticos, Marienbad 1936 y Edimburgo 1961, delimitaron un período, dentro del cual se modificó mucho más que la técnica terapéutica. Friedman (1978) comparó el clima reinante en la conferencia de Marienbad con el de Edimburgo, comparación que nos parece muy reveladora. En Marienbad existía aún un alto grado de apertura, pero el clima en Edimburgo, en 1961, lo caracteriza Friedman como de estado de sitio:

La atmósfera de ciudad sitiada que rodeaba esta conferencia, la distinguía radicalmente de los escritos de Freud y del clima reinante en la conferencia de Marienbad... Los participantes en Marienbad no dieron muestras de esforzarse en evitar el sendero prohibido; incluso se sintieron a gusto refiriéndose a influencias desconocidas entre paciente y terapeuta. ¿Qué había sucedido pues, para que los participantes en Edimburgo se manejaran tan cuidadosamente? ¿Por qué se transformó la interpretación en el grito de batalla? (Friedman 1978, p.536).

Al igual que Friedman, creemos que la interpretación se convirtió en grito de batalla, debido a que "la ampliación del ámbito del psicoanálisis" [alusión al simposio de la Asociación Psicoanalítica Americana "the widening scope of psychoanalysis" (1954); nota de los traductores] pareció hacer necesario definir la identidad psicoanalítica.

El psicoanálisis se estaba desbordando sobre los márgenes de la corriente madre ("mainstream"). La terapia conductual y la "client-centered therapy" de Rogers habían surgido como procedimientos rivales. El boom psicoterapéutico había comenzado.

La doble intranquilidad llevó a establecer límites externos e internos, que culminaron, en especial, con la presentación de Eissler (1953) de su técnica ideal normativa ("basic model technique") como el método psicoanalítico genuino. Es interesante el que Eissler (1949), en el libro de homenaje a Aichhorn, aún considerara la terapia de los delincuentes como análisis auténtico. También en su crítica dirigida a la escuela de Chicago, fundada por Alexander (1950), Eissler declaraba que toda técnica que buscara o lograra cambios estructurales con medios psicoterapéuticos, debiera considerarse terapia psicoanalítica, siendo irrelevante si para eso se necesitaran sesiones diarias o irregulares, y sin importar tampoco el uso o no del diván.

Está claro que en esto no se trata de cualquier tipo de cambio, producto, por ejemplo, de la sugestión o de algún otro factor. Ciertamente no; la demanda de Eissler implica que la demostración de la eficacia terapéutica del método pueda también mostrar la eficacia de la teoría psicoanalítica, ya que ésta se ocupa de la génesis de las estructuras intrapsíquicas. A través del curso que toma la terapia psicoanalítica causal y mediante la demostración de cambios, se pueden sacar conclusiones acerca del origen de las enfermedades psíquicas y psicósomáticas. A pesar de la crítica vehemente sobre el uso manipulativo de la experiencia emocional correctiva por Alexander, Eissler estaba inicialmente en favor de la apertura, en el espíritu del simposio de Marienbad. Fue sólo en 1953 cuando nació la técnica normativa ideal, cuya única herramienta es la

interpretación (Eissler 1953, p.110). La técnica psicoanalítica clásica es, de este modo, "una terapia en la cual la interpretación constituye la única herramienta, o la herramienta líder o preva-lente" (Eissler 1958, p.223). En forma pura, esta técnica no existe en ninguna parte.

Pues bien, ahora sí se habían establecido límites que aparentemente permitían una clara diferenciación entre la técnica clásica y el resto del mundo psicoanalítico y psicoterapéutico. En ésta se prescinde de todas las variables que existen en la práctica psicoanalítica: los síntomas del paciente, su estructura de personalidad, el analista y su ecuación personal, etc., variables que por lo demás, según el mismo Eissler, podrían justificar variaciones de la técnica (1958, p.222). La técnica normativa ideal hizo algo más que eliminar todas las variables excepto aquella de la interpretación: en realidad, creó una situación ficticia, lo que el propio Eissler (1958, p.223) admitió en su discusión con Loewenstein, al decir que "nunca un paciente ha sido analizado mediante una técnica interpretativa pura". Von Blarer y Brogle (1983) llegaron incluso a comparar las tesis de Eissler con la tabla de los mandamientos que Moisés trajera una vez de la montaña sagrada. Desde el punto de vista científico al menos, podría no haber una objeción a un método purista, tal como el que se exige en la técnica normativa ideal de Eissler. Sin embargo, en general, el asunto no pasó más allá de la codificación, sin que se investigara a fondo cómo estas ordenanzas influyen la práctica, en qué medida son cumplidas y dónde son transgredidas. La única función que la técnica ideal normativa cumplió en forma sobresaliente, es aquella que se refiere a la demarcación de lo que distingue la técnica clásica de las otras, e incluso esto no fue sustentado por estudios empíricos.

El ánimo que prevalece hoy en día es el de una nueva partida. Sandler, con buen sentido para captar los nuevos rumbos, dijo que "psicoanálisis es aquello practicado por los analistas" (1982, p.44). Esta visión pragmática impacta por su sencillez y hace justicia a la diversidad de la práctica psicoanalítica, es aceptada por el público y es ampliamente válida para el paciente individual. Nos encontramos ahora hablando de la práctica, como ella es, y también como es vista desde afuera, y ya no hablando de los criterios formales o de las exigencias ideales de cómo esta práctica debería ser. Sandler fundamenta su tesis con el hecho de que de todas formas un buen analista modifica su técnica frente a cada caso, adaptándola frente a cada paciente, porque aquello que corresponde hacer varía de paciente a paciente. En el caso de que un paciente no pueda venir más que una o dos veces por semana, el analista se adapta a esta situación, modificando correspondientemente la técnica. De este modo, la actitud psicoanalítica llega a ser el criterio decisivo, con lo cual las discusiones sin solución sobre las características formales, como número de sesiones, uso o no del diván y duración de la terapia, pueden ser dejadas de lado.

Inevitablemente, con esto llegamos a la pregunta de qué es un analista y de cómo se forma su actitud psicoanalítica. El problema se desplaza entonces a la formación analítica. Sandler es de la opinión de que la instrucción dentro de la

técnica clásica crea las mejores condiciones para la formación de la actitud analítica. De cualquier modo, la interiorización del psicoanálisis y su estilo personal, no lo logra el analista sino después de muchos años de experiencia en su propio quehacer práctico. Las experiencias propias no son ciertamente reemplazables, pero, si la flexibilidad es lo que hace a un buen analista, hay entonces que hacer los preparativos necesarios para que esta meta se alcance en la práctica. Difícilmente se podrá decir que la técnica normativa ideal (la cual, por ejemplo, prohíbe al analista hacer o contestar preguntas al paciente), implica una actitud psicoanalítica compatible con la definición de Sandler, respecto a lo que debe caracterizar al buen analista clínico. Sobra decir que el énfasis de Sandler en los aspectos cualitativos no significa que los aspectos cuantitativos sean totalmente secundarios. El tiempo, la regularidad, la duración y la frecuencia de las sesiones permanecen siendo factores importantes, de los cuales dependen muchas cosas; sin embargo, éstos no pueden determinar lo que sucede cualitativamente, y, por lo tanto, no pueden ser usados como medida para diferenciar entre psicoterapia y psicoanálisis. Wyatt no considera la técnica psicoanalítica estándar y la psicoterapia analítica como alternativas. Si se comparte su punto de vista, llega a ser importante el punto que Wyatt plantea al final de su extenso estudio: si es verdad que, a menudo, no es posible sino sólo bastante tarde en el curso de un tratamiento, juzgar "si se trata en este caso de un análisis genuino o de una psicoterapia real" (Wyatt 1984, p.96; cursiva en el original), entonces a uno le gustaría saber cuál es la diferencia entre lo "genuino" y lo "real". Pensamos que intentos ulteriores de aclaración de esta pregunta llevarían a nuevas complicaciones, por la mezcolanza de consideraciones de política profesional e intereses científicos, pues el psicoanálisis institucionalizado tiende hacia aquel tipo de ortodoxia que vive de la mesa de negociaciones. Estudios empíricos que podrían precisar nuestro conocimiento sobre lo que constituye el psicoanálisis genuino se ven, entonces, como superfluos. En la práctica, el analista se mueve a lo largo de una línea continua, que no permite diferenciaciones nítidas. Pues, con la técnica normativa ideal, nunca se ha podido tratar aún a un paciente: esta técnica se construyó como una ficción, para un paciente que no existe. Las herramientas técnicas específicas, lideradas por la interpretación de la transferencia y la resistencia, se encuentran incorporadas en una red de técnicas expresivas (es decir, reveladoras del conflicto) y de apoyo, aun cuando se enfatizan, a todo trance, herramientas particulares, como lo muestra el estudio Menninger. Kernberg (1984, p.151) ha propuesto recientemente diferenciar entre psicoanálisis, psicoterapia reveladora del conflicto (expresiva) y psicoterapia de apoyo, en base al grado en que se expresen las siguientes dimensiones: (1) las principales herramientas técnicas, como la clarificación, interpretación, sugestión e intervención en el medio ambiente social; (2) la intensidad de la interpretación de la transferencia; (3) el grado de neutralidad técnica mantenido.



Después que un analista se ha liberado del trazado nítido de límites, se abre un vasto campo en el cual se hace indispensable hacer distinciones. Es un desafío comparar análisis o técnicas específicas de diversas escuelas y con las psicoterapias analíticas. Consideramos indispensables tales estudios comparativos. Si la justificación de la actuación terapéutica se ve en el cambio terapéutico posterior, todos los métodos y las técnicas pierden su endiosamiento, teniendo que aprender a tolerar que su valor científico quede relativizado por la ganancia práctica que un determinado paciente haya podido sacar de su terapia. Por este motivo, abogamos por diferenciaciones calificadoras, que no pueden sino favorecer al paciente. A excepción de los candidatos en formación, los analizados no se encuentran primariamente interesados en la pregunta de si acaso se encuentran en un análisis o en una psicoterapia. Lo que los pacientes buscan es simplemente la mejor ayuda posible. Las distinciones surgen primeramente dentro de la mente de los analistas. Sospechamos que la acumulación de "buenas sesiones", en el sentido de Kris (1956a), o la frecuencia de interpretaciones mutativas (véase secc. 8.4), le dan al analista la sensación de haber alcanzado el psicoanálisis auténtico. Otras características dependen de la intensidad con que el trabajo analítico se focaliza y de la fijación de metas (cap. 9). Estas experiencias subjetivas del analista debieran ser verificadas con los efectos a largo plazo, por medio de investigaciones sobre el proceso y resultados del análisis. Por el momento, concordamos con Kernberg (1982, p.8) en que "la separación estricta del psicoanálisis como teoría y técnica, de la exploración teórica y técnica de la práctica psicoterapéutica, puede, por varias razones, dañar el trabajo psicoanalítico mismo" (cursiva en el original).

Nosotros localizamos el daño en dos niveles: la separación estricta, como fue efectuada de la manera más explícita en la técnica normativa ideal, favoreció una posición ortodoxa, neoclásica, que restringió cada vez más el campo de la indicación analítica, y con esto también la base desde la cual ganar nuevos conocimientos. Puesto que la efectividad terapéutica de ningún modo depende sólo del instrumental interpretativo del analista, resultaron también reducciones en este campo.

En el otro nivel, en el de la psicoterapia analítica, hubo mucho de experimentación, variación y modificación, sin que las relaciones de las variables terapéuticas con el psicoanálisis se convirtieran en objeto de la investigación. Al menos, así es como entendemos la objeción crítica de Kernberg, aunque también deba ser dicho que se han realizado numerosos estudios, precisamente en el área de las terapias psicodinámicas (Luborsky 1984; Strupp y Binder 1984).

## **1.7 Cambios socioculturales**

La solución de los problemas actuales de la técnica de tratamiento no puede encontrarse en la imitación de la actitud psicoanalítica generosa y natural de Freud hacia sus pacientes, aunque veamos en esta actitud un antídoto muy bienvenido en contra de los estereotipos. Las soluciones de Freud a los problemas de la práctica y la teoría pueden servir de modelo para el presente, únicamente si existen seme-janzas o concordancias entre aquel entonces y el día de hoy. Los profundos cambios suscitados en el mundo desde los años treinta, incluyendo la inseguridad global de nuestra era nuclear, afectan al individuo a través de la desintegración de las estructuras sociales y familiares. Puede pasar un período considerable antes de que los cambios históricos influyan en la vida familiar. Pueden sucederse algunas generaciones, hasta que los procesos históricos y psicosociales afecten la vida familiar de tal forma, que sus miembros desarrollen enfermedades psíquicas o psicosomáticas. Por otra parte, las actitudes inconscientes tradicionales de cada familia en particular, pueden también perdurar por un período largo siguiendo las reglas típicas de la novela familiar. De este modo, se dan situaciones de clara asincronía entre la velocidad del cambio de las tradiciones familiares y los procesos históricos y socioculturales. Por este motivo, existen hoy en día, en algunos lugares de Alemania, neurosis demoníacas y exorcismos como en la edad media (Dieckhöfer, Lungershausen y Vliegen 1971). La asincronía sociocultural es desde luego mucho más notoria en Latinoamérica, lo cual quizás se exprese a través de la inquietud antropológica que se palpa en muchos de los trabajos que se presentan en los congresos psicoanalíticos latinoamericanos. Hasta donde sabemos, hay actualmente en distintos países latinoamericanos grupos de psicoanalistas que investigan la riqueza del patrimonio mitológico del continente (véase, por ejemplo, Hernández y cols., 1987).

La revolución sexual ha reducido la represión de la sexualidad en general, y la píldora anticonceptiva ha favorecido la emancipación femenina y garantizado a la mujer una mayor autodeterminación sexual. Como lo predice la teoría psicoanalítica, la incidencia de enfermedades histéricas ha decrecido. Más que desarrollarse hacia estructuras superyoicas (es decir, hacia el típico complejo de Edipo de fines de siglo), los conflictos parecen actualmente persistir en el nivel edípico.

Debido a que el método psicoanalítico se ocupó principalmente de la típica historia de la génesis familiar de las enfermedades psíquicas, poniendo especial énfasis en la niñez, se minimizaron las influencias psicosociales en la adolescencia, que dan al adolescente una "segunda oportunidad" (Blos 1985, p.138), hasta que Erikson puso la atención sobre ellas (véase, por ejemplo, Erikson 1959). Por muchos años, los factores a través de los cuales se mantienen los síntomas fueron también insuficientemente considerados en las decisiones técnicas. Ambas negligencias se notaron al comienzo poco, debido a que, primero, el análisis del ello y, posteriormente, el análisis de la resistencia, orientado según la psicología del yo, podían partir de la base de estructuras estables, podríamos incluso decir rígidas, adquiridas en una edad temprana. El

analista ayudaba al paciente a ganar una mayor libertad interior: los estrictos contenidos de los mandamientos superyoicos, provenientes de la identificación con el patriarca opresivo, fueron cambiados por valores humanos más dignos. Strachey (1934) describió magistralmente este proceso terapéutico.

Aproximadamente en el mismo momento surgió un tema que en nuestros días, por lo menos en los países más ricos, se ha colocado en el centro de la atención (nos referimos al tema de la seguridad), el cual puede ser considerado como con-trapunto de la desintegración de estructuras psicosociales e históricas. No es una casualidad que, en nuestra era del narcisismo y de las ideologías (Lasch 1979; Bracher 1982), el tema de la seguridad haya finalmente llegado a ocupar hoy un lugar tan importante en la discusión sobre técnica de tratamiento psicoanalítico, aunque sus orígenes fácilmente pueden ser seguidos hasta los años treinta, y hacia Freud y Adler. El efecto de la innovación de Kohut puede ser fundamentada también en el hecho de que pacientes y analistas se encuentran igualmente insatisfechos con la naturaleza disecante de la psicología del conflicto, y que buscan unidad y confirmación, en suma, seguridad narcisista. Por otro lado, el impacto en los psicoanalistas europeos de la inseguridad internacional y de la permanente amenaza nuclear, se puede hacer evidente en el hecho, quizás difícil de entender desde regiones menos amenazadas como Latinoamérica, de que sea precisamente Hanna Segal, representante eminente de una escuela psicoanalítica que ha levantado como bandera la primacía del conflicto psíquico, como derivado pulsional, sobre la influencia del medio ambiente, quien haya presidido el grupo internacional de psicoanalistas en contra de la guerra nuclear.

Si el problema de la inseguridad internacional y nuclear impacta, de alguna manera, la teoría y la práctica del psicoanálisis en los países que están en el campo de batalla de un eventual enfrentamiento entre las grandes potencias, en regiones más alejadas, como es el caso de Latinoamérica, al menos la práctica psicoanalítica se ha encontrado en las últimas décadas profundamente influida por graves convulsiones sociopolíticas. Prácticamente, no hay país latinoamericano que no haya vivido períodos de grave agitación social o que no haya caído en regímenes dictatoriales, donde los derechos humanos han sido gravemente vulnerados. Son escasos los trabajos sistemáticos que intenten dilucidar el impacto de la convulsión sociopolítica en la situación analítica. Recientemente, Berenstein (1987) plantea que en este tipo de sociedades se justifica el hablar de un análisis imposible cuando determinadas situaciones sociales impiden la puesta en práctica de la regla fundamental. Jiménez (1989) señala que la escasa reflexión en este tema se debe además, y más allá del hecho de que analistas y pacientes estén ambos inmersos en una situación difícil e incierta (lo cual ciertamente acentúa mecanismos de defensa como la escisión y la negación [desmentida]), también a insuficiencias en la teoría analítica. En una tradición que viene desde Freud, la realidad psíquica se tendería a oponer a una realidad externa entendida como "dada" naturalmente, sin que nunca se haya definido en términos positivos el alcance de "lo externo".

El énfasis en lo intrapsíquico no habría dado lugar a un tipo de entendimiento intersubjetivo de la relación analítica, donde analista y paciente comparten un tipo de fantasía sobre la "realidad sociopolítica" a la vez que un juicio sobre su calidad de realidad externa. De acuerdo con esto, el problema es que el psicoanálisis carece de un marco teórico que permita entender el impacto, en la situación analítica, de la realidad sociopolítica, importante aspecto de la llamada realidad externa. La pre-gunta entonces, sobre las condiciones sociopolíticas concretas bajo las cuales un analista dado puede analizar a este paciente en particular, se tiende a discutir de ma-nera abstracta e ideológica. Esta problemática se conecta con la larga polémica que los psicoanalistas alemanes han desarrollado en relación a si el análisis era posible o no bajo la dictadura nazi.

Ya que en nuestros días se llevan a cabo por primera vez estudios epidemiológicos sobre la incidencia de las neurosis (Schepank 1982; Häfner 1985), no se pueden efectuar comparaciones exactas con el pasado. Nos encontramos su-peditados a valorar impresiones personales, que son doblemente equívocas, debido a que en las designaciones diagnósticas influyen fuertes corrientes de moda. Des-pués de todo esto, sin duda alguna el analista contemporáneo se encuentra confron-tado a problemas que no estaban en el centro de la atención en la práctica de Freud (Thomä y Kächele 1976).

Una importante mayoría de las personas en las democracias occidentales del hemisferio norte, viven en una red social que las asegura en contra de los golpes del destino, y no en último lugar en contra del riesgo de enfermarse. En la con-sulta de los psicoanalistas alemanes ya prácticamente no quedan pacientes priva-dos. Por otro lado, enfermos de todos los grupos sociales pueden someterse a tra-tamiento psicoanalítico a expensas de los sistemas de seguro de salud y por ende, basados en la contribución regular de la población asegurada. Con esto se cumple en Alemania Federal y en otros países la predicción de Freud (1919a). La eficacia terapéutica del psicoanálisis, entonces, es hoy en día más importante que nunca. También ha quedado confirmada la suposición de Eissler, de que "la medicina socializada va a jugar un rol importante en el desarrollo futuro [del psicoanálisis]. No podemos esperar que la sociedad contribuya con las grandes sumas de dinero que son necesarias para el análisis individual, cuando la curación de síntomas es posible en un número considerable de pacientes" (Eissler, citado por Miller 1975, p.151).

Nosotros representamos el punto de vista de que la fundamentación científica del psicoanálisis y su efectividad terapéutica se encuentran muy cerca una de la otra, y más de lo que generalmente se supone. La presión social y la competencia en au-mento han, además, intensificado los esfuerzos de los psicoanalistas de funda-mentar científicamente la eficacia de su quehacer.

## 1.8 Convergencias

Las críticas desde adentro y desde fuera del psicoanálisis han inducido cambios significativos, que incluyen tendencias claras hacia el acercamiento y la integración de las distintas corrientes (Shane y Shane 1980). Creemos así poder hablar de convergencias, las que se perfilan entre las diferentes escuelas psicoanalíticas, como también en la relación entre el psicoanálisis y las disciplinas vecinas. Los siguientes puntos de vista y las líneas de desarrollo que a continuación bosquejamos, dejan en claro aspectos comunes y nos permiten escribir estos dos tomos sobre una base firme, a pesar de la situación "anárquico-revolucionaria" del psicoanálisis actual. Nos parece estimulante poder poner los siguientes puntos en re-lieve:

Las teorías de relaciones de objeto han reconocido que el analista actúa como un "nuevo objeto" (Loewald 1960), y de esta forma se encuentran en el camino de reconocer al sujeto y la intersubjetividad en la situación analítica. Esta tendencia se caracteriza por la discusión sobre la extensión del concepto de transferencia (véase secc. 2.5). El método psicoanalítico ha tenido desde siempre su fundamento en la relación bipersonal. Precisamente, sólo gracias a un enfoque interaccional, se hacen accesibles al analista los elementos inconscientes de la relación de objeto. Todo indica que hoy en día se ha hecho posible solucionar los enormes problemas terapéuticos y teóricos de la intersubjetividad, de la transferencia y de la contra-transferencia.

Uno de los puntos importantes de la técnica es la identificación del paciente con las funciones del analista (Hoffer 1950). Estas funciones no son percibidas como procesos abstractos. Más bien, el paciente las vivencia en el contexto personal de su terapia. Las identificaciones con las funciones del analista se encuentran entonces, y en el sentido de Loewald, ligadas a las interacciones ejemplares con el analista, desde las cuales sólo artificialmente pueden ser aisladas. La persona con quien uno se identifica no es introyectada como un objeto y almacenada dentro de un aislamiento intrapsíquico. Loewald (1980, p.48) enfatizó que no se introyectan objetos, sino interacciones.

De hecho, lo importante en las descripciones psicoanalíticas de los elementos inconscientes de las relaciones de objeto, son los aspectos de la acción y su representación en el mundo de la fantasía (inconsciente). Lo que se decanta, almacena, como un "objeto interno" no es un algo aislado, sino una imagen del recuerdo, enmarcada dentro de un contexto de acción. El que Schafer (1976) llegase a su lenguaje de acción después de que Kris (1975 [1947]) hubiera descrito la investigación de la acción como el enfoque científico apropiado para el psicoanálisis, era un paso lógico. Las representaciones objetales se llevan a cabo desde el nacimiento en adelante dentro de un contexto de acción cualitativamente variable, y es mediante la repetición de actos de comunicación como surgen esquemas inconscientes que pueden alcanzar una gran estabilidad. Tales estructuras, perdurables en el tiempo, van acompañadas con

disposiciones transferenciales que se pueden actualizar más o menos rápida y fácilmente.

Desde un comienzo, estos contextos interaccionales se encontraban implicados en las teorías psicoanalíticas de relaciones de objeto. En nuestro tiempo, su significación ha llegado a ser cada vez más una cuestión central; y esto, debido, pre-eminentemente, a los hallazgos en el campo del comportamiento madre-hijo. Las teorías de las relaciones de objeto se han visto enriquecidas en los últimos decenios por las investigaciones de Bowlby (1969) sobre estudios del vínculo ("attachment"). Emde (1981) enfatizó el significado de la reciprocidad social, resumiendo los hallazgos de sus investigaciones del siguiente modo:

El niño pequeño se encuentra pertrechado para la interacción social desde un comienzo y participa del mutuo intercambio con las personas que lo cuidan. No podemos contemplar las personas de su contexto social como "metas pulsionales" estáticas y, desde este ángulo, términos como "relaciones de objeto" son poco afortunados en sus connotaciones (p.218).

Ya el lactante construye su experiencia de un modo activo. En estos procesos interaccionales los afectos juegan un rol preeminente. La teoría de la libido no cubre estos procesos de reciprocidad afectiva. Spitz (1976) ha señalado que Freud vio el objeto libidinoso principalmente desde un punto de vista del niño (y de sus deseos inconscientes), y no sobre el trasfondo de las relaciones recíprocas entre madre e hijo. Esta tradición se ha grabado tan profundamente, que Kohut derivó los "objeto-sí mismos" (selfobjects) del modo hipotéticamente narcisista como el lactante observa y vivencia las cosas.

Desde este punto de vista, los experimentos pioneros de Harlow (1958, 1962) son instructivos. El crío monos rhesus con madres sustitutas hechas de alambre y género de toalla, es decir, con objetos inanimados. Estos monos eran incapaces de jugar o de desarrollar relaciones sociales. Sufrían de una ansiedad incontrolable y de ataques de rabia, hostilidad y destructividad. Los animales adultos no mostraban comportamiento sexual alguno. Spitz atribuyó estos graves defectos en el desarrollo de los monitos, a la falta de mutualidad entre la madre sustituta y el mono en edad infantil. Para Spitz, la mutualidad es el fundamento del diálogo madre-hijo. Aunque él aún se adhiere a la concepción de la relación de objeto (Spitz 1965, pp.173, 182), queda claro que sus descripciones se basan en un sistema intersubjetivo, interaccional.

Las nuevas teorías sobre el desarrollo infantil, junto a la integración de las teorías interdisciplinarias de la comunicación y de la acción, deberían tener a largo plazo considerables efectos sobre el psicoanálisis (Lichtenberg 1983). En todas las áreas, el psicoanálisis contribuye al conocimiento de las dimensiones inconscientes del comportamiento humano.

Del mismo modo como las teorías de relaciones de objeto son indispensables para la psicología bi- y tripersonal, sin la "vida del diálogo", sin el "tú" (Buber 1974 [1923]), también la psicología del yo se limitaría a su propia esfera de relevancia más inmediata. Es claro que las técnicas de tratamiento en la

dirección de la psicología del yo, se sistematizaron inicialmente de acuerdo al modelo del conflicto intrapsíquico, según el modelo de las descripciones de A. Freud en su libro *El yo y los mecanismos de defensa*. En éste, ella presentó las "consideraciones para la terapia psicoanalítica", donde se definen sus metas en términos de conflicto intrapsíquico (1936, p.74s). Al mismo tiempo, la contribución pionera de Hartmann (1958 [1939]) *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, contribuyó a un intercambio más fuerte con las ciencias sociales, donde la psicología social juega un rol mediador. Sin embargo, el estudio crítico de Carver (1984a) deja en claro la falta de cooperación interdisciplinaria genuina.

La crítica a la metapsicología y la teoría de la libido contribuyó a allanar el camino para unir las teorías de conflicto intrapsíquicas con las teorías interpersonales. El punto de vista interpersonal no puede, sin embargo, restringirse al "observador participante" (Sullivan 1953). Este término, aunque feliz, no deja suficientemente en claro que la participación del analista significa intervención desde el comienzo mismo del encuentro (véase secc. 2.3). El analista, sea callando o interpretando, influencia el campo de su observación. No puede escaparse del hecho de que su participación conlleva cambios, incluso si se deja llevar por el autoengaño de no tener en mente ninguna meta especial al conducir el diálogo.

Los miembros de un grupo de discusión de la Asociación Psicoanalítica Americana, quienes se reunieron varias veces entre los años 1977 y 1980, con Lichtenberg como moderador, concordaron en que "cuanto más alejados mantenemos los valores de ser el objeto directo de nuestro escrutinio, tanto más influyen, sin saberlo y en forma inconsciente, en nuestra técnica y teoría" (Lytton 1983, p.576). Como señalara Devereux (1967), el analista hoy en día, por razones prácticas y científicas, tiene que tolerar, más que nunca antes, ser, no sólo observador, sino también objeto de observación, es decir, tolerar el que analistas y científicos de disciplinas vecinas investiguen lo que el terapeuta siente, piensa y hace, y cómo su pensamiento y su acción afectan al paciente. En la investigación de la situación analítica por terceras personas, hecha posible gracias a la valorización de las grabaciones de sesiones de análisis, el punto esencial es el de la contribución del analista al proceso terapéutico. Además, en países como Alemania Federal, donde los costos del tratamiento son pagados por las instituciones de salud, la sociedad (representada por la "comunidad científica") y los usuarios tienen derecho a saber cómo los analistas justifican su acción terapéutica, con la única limitación de que se respete la esfera privada.

El enfoque diádico de la situación analítica es todo, menos un cheque en blanco para opiniones subjetivas. Por el contrario, precisamente debido que la competencia del analista es un asunto tan personal, debe éste aceptar la responsabilidad sobre la forma como la teoría de su preferencia afecta su contratransferencia, del mismo modo que acepta el éxito o el fracaso de la terapia. Por este motivo, han aumentado las voces de los psicoanalistas que

están a favor de investigar la práctica (Sandler 1983). Habla por sí mismo el que el tema central del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, efectuado en Madrid en 1983, fuera dedicado al psicoanalista en su trabajo ("The Psychoanalyst at Work").

El enfoque diádico de la situación analítica, que se impone en todas partes, es concordante con los resultados de la investigación neonatológica y con la observación de la interacción madre-hijo pequeño. Trevarthen (1977) habla de "inter-subjetividad primaria". Los discípulos de Spitz, Emde y Robinson (1979), luego de una revisión crítica de más de 300 estudios, concluyeron que estas investigaciones revelaban antiguos prejuicios referentes a la concepción errónea, muy difundida, de que el lactante es pasivo e indiferenciado y de que su conducta es regulada por tensiones pulsionales y sus descargas correspondientes. El mito del lactante como un organismo pasivo que reacciona frente a estímulos y que se encuentra primariamente programado para la reducción de los mismos, ha llegado a ser una postura insostenible. En relación a lo planteado por M. Klein sobre la actividad del recién nacido y la inexistencia de un estado narcisista primario, Lichtenberg afirma:

Mientras la mayoría de las concepciones kleinianas de la vida infantil no son confirmadas por la reciente explosión de información sobre los primeros dos años de vida, impresionantes fragmentos de ellas sí lo son. Por ejemplo, la interacción madre hijo comienza al nacimiento; y en un interjuego altamente dinámico, madre e hijo constituyen un intercambio en las dos direcciones.<sup>2</sup> Sin embargo, la dinámica principal de este intercambio es la fijación de una matriz de transacciones regulatorias sobre catálogos de activa vigilancia, comida, llanto y sueño. Estos, normalmente se caracterizan por una gran cantidad de intercambios placenteros y, excepto en situaciones altamente patológicas, no hay soporte de observación para la fantasía kleiniana, tipo "guerra de las galaxias", de destrucción que se proyecta en los pechos y se introyecta vía leche envenenada. No hay ninguna evidencia para alguna forma primaria de envidia, o aun para la capacidad de conceptualizar o experimentar el intercambio temprano con la madre y organizarlo cognitivamente en tales términos. Mientras que la observación directa no puede proveer evidencias decisivas para desaprobación una premisa sobre la vida interna de la psiquis, los hallazgos de la investigación infantil y las premisas clínicas demandan algún grado de integración confirmatoria para sustentar convincentemente una concepción sobre el lactante (Lichtenberg 1984, pp.62s; la cursiva es nuestra).

Las tendencias detectadas por Emde y Robinson en los resultados de las investigaciones, han continuado afirmándose desde entonces. Según Sander (1980) y Peterfreund (1980), las implicaciones de los resultados más recientes son tan contundentes, que se hace necesario enterrar tres mitos: el adultomórfico (el lactante es como yo soy), el mito teoricomórfico (el lactante es como mi teoría lo cons-truye) y el mito patomórfico (el lactante siente y piensa como mi



paciente psi-cótico). Debido a que Freud llamó una vez la doctrina de las pulsiones "nuestra mitología" (1933a, p.88) y debido también a que los mitos contienen profundas verdades acerca del hombre, el proceso de desmitologización desencadena un pro-fundo desconcierto entre los analistas. El que la teoría psicoanalítica de las pulsiones conserve elementos mitológicos se debe, no en último lugar, a las connotaciones de ciertas metáforas -como, por ejemplo, el principio de constancia- que vincula de tal modo el ansia humana de inmortalidad, el misterio del amor y de la muerte, con suposiciones fisicalistas, que aparenta una explicación psicofisiológica global.(2)

No estamos tratando de deducir la intersubjetividad de la situación terapéutica de la interacción madre-hijo pequeño. Para nosotros, lo esencial es la convergencia de principios, que indica que la concepción diádica de la situación analítica corresponde a la naturaleza humana, como puede ser observada desde el primer momento de la vida en adelante. Estamos por esto de acuerdo con Wolff (1971) cuando, como analista e investigador especialmente cuidadoso que es, recordó a sus colegas tratantes que las preguntas prácticas y científicas esenciales no pueden ser respondidas por la observación de lactantes, ni con la ayuda de la etología, la neuro-fisiología o la biología molecular. Pero, cuando los analistas investigan las reglas de interpretación que siguen al momento de adscribir significados inconscientes a los comunicados de sus pacientes, tampoco pueden dejar de considerar las teorías de desarrollo subyacentes a ellas.

Un rol importante juega el que el analista tratante tome o no en cuenta las contribuciones de Piaget sobre el desarrollo de la constancia de objeto, y el tipo de concepciones que tenga sobre la relación temprana madre-hijo y que forman su base interpretativa. Las inconsistencias entre las distintas teorías son esperables, debido a la complejidad del asunto y a las diferencias en los métodos. Por este motivo, es de la mayor importancia el que por diferentes vías se llegue a resultados similares o se haga plausible que, por ejemplo, la suposición de un autismo in-fantil temprano no es ya sostenible. Por otro lado, hay una cantidad de observaciones que, partiendo de la separación fáctica madre-hijo, acentúan la reciprocidad de la interacción (Stern y cols. 1977). Sobre la base de observaciones empíricas, Papousek y Papousek (1983) y Papousek y cols. (1984) asumen que el lactante es autónomo y tiene competencia integrativa. Apoyándose en el énfasis dado por Winnicott a la interacción, Schacht (1973) acuñó la feliz fórmula para la terapia de adultos: "El sujeto necesita del sujeto". Separación e intersubjetividad primaria conforman el denominador común mayor y más importante de los resultados de las investigaciones neonatológicas y de los nuevos conocimientos sobre la diada terapéutica. Estamos de acuerdo con Milton Klein (1981) en considerar el nacimiento como el instante de la individuación, lo que implica que cada recién nacido comienza a construir su mundo activamente, creativamente y hambriento de estímulos. Brazelton y Als

(1979), creen poder discernir respuestas afectivas y cognitivas inmediatamente después del nacimiento.

El punto crucial aquí no es el de precisar una cronología. Ciertamente, la concepción de que el niño construye activamente su mundo no contiene una aclaración sobre cómo él vivencia este mundo. También en la teoría de Piaget (1954) la intersubjetividad entre madre e hijo se encuentra determinada por el egocentrismo del niño, apoyando así el supuesto psicoanalítico de que el niño que llora, vivencia la actitud solícita o ausente de su madre como algo provocado por él. Por supuesto, otra cuestión totalmente distinta es si acaso este egocentrismo tiene la calidad de omnipotencia narcisista que se encuentra en los adultos.

La tesis de Emde (1981) de que la interacción madre-hijo es regulada por engramas biológicos innatos, es de gran importancia. Por otro lado, los rasgos particulares de los engramas constituyen individualidad: cada lactante y cada madre son únicos, tanto considerados en sí mismos, como constituyendo una díada. Ambos realizan los mecanismos específicos de la especie, esto es, los patrones biológicos básicos propios del género humano, a través de particularidades personales imposibles de desconocer. El concepto de Mahler de "empatía cenestésica" (1971, p.404), que de acuerdo con su etimología, usa para referirse a los sentimientos comunes, a las sensaciones y percepciones profundas compartidas, emergió de la observación de la díada madre-hijo pequeño. Correspondientemente a esto, en la terapia se persigue el equilibrio entre lo compartido y lo propio, entre la formación del "nosotros" y la formación del yo.

La investigación del intercambio afectivo entre madre e hijo, llevada a cabo en el último decenio, confirmó en detalle lo contenido en la concepción de Winnicott: "el lactante y los cuidados maternos forman en conjunto una unidad...Yo dije una vez: 'No existe eso del lactante'" (1965, p.39). Winnicott añadió que él se refería naturalmente a que el cuidado maternal es un componente esencial, sin el cual ningún niño podría existir, distanciándose de este modo de las presunciones de Freud sobre el narcisismo primario y sobre la transición del principio del placer al principio de realidad. Señaló también que el mismo Freud hizo objeciones a sus propias argumentaciones:

Con razón se objetará que una organización así, esclava del principio de placer y que descuida la realidad objetiva del mundo exterior, no podría mantenerse en vida ni por un instante, de suerte que ni siquiera habría podido generarse. Sin embargo, el uso de una ficción de esta índole se justifica por la observación de que el lactante, con tal que le agreguemos el cuidado maternal, realiza casi ese sistema psíquico (1911b, p.232; la cursiva es nuestra).

Si se incluye el cuidado maternal, la ficción se colapsa, y la concepción de Winnicott de la díada madre-hijo se transforma en el punto de referencia. Dentro de esta unidad, la madre y el hijo son, ciertamente, distintos uno del otro, si bien el lactante aún no se encuentra capacitado para delimitarse como una persona independiente. La autonomía del yo, según Hartmann (1958

[1939]), tiene su raíz en la biología y esto, dentro de la díada madre-hijo, implica que la percepción de sí mismo se lleva a cabo selectivamente, vía órganos de los sentidos, en intercambio con percepciones externas específicas. De esta manera, y por las siguientes dos razones, la persona de la madre es percibida de distinta manera por cada lactante: en primer lugar, ninguna madre se comporta exactamente del mismo modo con cada uno de sus hijos, y en segundo lugar, cada lactante tiene disposiciones individuales para reaccionar, que se desarrollan dentro de la unidad. Si esto fuese de otro modo, Winnicott (1965) no podría hablar del verdadero y del falso sí mismo, conjuntamente con el énfasis que pone en la unidad madre-hijo, ya que el verdadero sí mismo se refiere al sentimiento básico de hacer posible la realización del potencial propio y de poder liberarse de las limitaciones que se originan en la influencia desde el exterior y que tienen su expresión en el falso sí mismo.

Los resultados empíricos de la investigación sobre la interacción madre-hijo son apropiados para servir de puente en la polarización surgida en las recientes décadas en teoría de la técnica, es decir, en aquella división que se ha formado entre los representantes conservadores de la teoría estructural y los teóricos de las relaciones de objeto. Tampoco en la psicología bipersonal de Balint (1952) es posible pasar por alto el hecho de que cada paciente es único e inconfundible. La tarea de la díada terapéutica, como la unidad de dos personas mutuamente dependientes a la vez que independientes, consiste en permitir que el paciente establezca la mayor autonomía posible.

Por este motivo es necesario añadir nuestra postura sobre la psicología bipersonal. La psicología unipersonal fue construida de acuerdo con el modelo científico natural, y no está, ni terapéutica ni científicamente, a la altura del psicoanálisis. Estamos de acuerdo con la crítica de Balint a la teoría de la técnica y a la teoría psicoanalítica del desarrollo, sobre su excesivo énfasis en los procesos intra-psíquicos. No por esto el psicoanalista deja de tener el deber de crear las condiciones óptimas para que el paciente pueda cambiar desde su interior, y no al revés. Por este motivo, hay que destacar un aspecto de la psicología unipersonal, que representa una obligación para el psicoanalista, más allá de esta crítica: el ideal del esclarecimiento se orienta al individuo, aunque el conocimiento de sí, que incluye aspectos inconscientes de la personalidad, se encuentre atado a la psicología bi-personal.

La remodelación del bebé psicoanalítico, sugerida por los resultados de la investigación neonatológica, tiene consecuencias considerables para la técnica de tratamiento (Lebovici y Soule 1970). Las interpretaciones que cada analista hace, sobre todo las reconstrucciones de la niñez temprana, se orientan sobre una u otra teoría psicoanalítica del desarrollo. Por este motivo, hablamos de las concepciones teóricas del lactante psicoanalítico o del bebé psicoanalítico, como modelos que se expresan en numerosas descripciones de distinta precisión. La remodelación del bebé psicoanalítico se encuentra apenas en sus comienzos.

Estas descripciones son construcciones diseñadas por padres y madres creativos, tales como Freud, Abraham, Klein, Ferenczi, A. y M. Balint, Winnicott, Mahler y Kohut. Como todos saben, los distintos bebés psicoanalíticos se diferencian sustancialmente unos de otros. Los diseñadores de estos modelos tienen que contar con el hecho que sus creaciones sean comparadas unas con otras.

El hombre trágico de Kohut yace en la cuna, como un niño de pecho rodeado por un medio ambiente (el del así llamado de los "objeto-sí mismos" ["selfobjects"]) que sólo parcialmente refleja su narcisismo innato. La teoría del narcisismo de Freud, que oficia de padrino, hace la tragedia casi inevitable, aunque en Kohut se encuentre bañada por una luz comparativamente más benigna: según éste, el mal no es una fuerza primaria y los sentimientos de culpa edípicos son evitables, si la tragedia temprana logró ser mantenida dentro de ciertos límites, y si el self narcisista se encontró a sí mismo en el espejo del amor (Kohut 1984, p.13). El individuo, para Freud culpable, edípico, y sus conflictos intrapsíquicos, es, en la teoría de Kohut, el producto de una falla narcisista en una edad temprana. Si esta falla no existe, los conflictos edípicos de los niños de tres a cinco años, serán fases transicionales predominantemente placenteras, que no dejarán tras de sí sentimientos de culpa importantes, si es que con anterioridad se ha desarrollado un self sano. La teoría de Kohut le abre al individuo la posibilidad de un futuro libre de conflictos edípicos. De los últimos escritos de Kohut se puede inferir que, si se da una buena empatía con los "objeto-sí mismos", también la tragedia humana permanece dentro de límites razonables.

Klein (1948, 1957) puso el bebé psicoanalítico al pecho de su madre de un modo bien distinto. Esta vez, el padrino fue la pulsión de muerte de Freud, que se hizo cargo de una maldad cuyas manifestaciones tempranas no tienen igual y que sólo puede ser tolerada mediante la escisión del mundo en un pecho bueno y en otro malo. La tragedia de la vida ulterior del niño es entonces de verdad profunda, en contraste con la versión atenuada de Kohut, que puede encontrar su expresión en un humor irónico consigo mismo. El hombre adulto de Klein fue parido como un Sísifo, cuya tragedia consiste en estar eternamente condenado a fallar en sus intentos de reparar los daños imaginarios, provocados por el odio y la envidia. El mismo Meltzer (1981) caracteriza el modelo kleiniano como uno cuasi teológico, donde el bebé se encuentra envuelto en una lucha cosmogónica primitiva e irreconciliable, entre los dioses del bien y del mal. Los procesos de identificación proyectiva e introyectiva, así como sus contenidos, son, a través de toda la vida, los vehículos básicos de los procesos interpersonales dentro de la vida familiar, entre los grupos y los pueblos.

Al restringirnos a la descripción de las características esenciales de dos influyentes modelos del bebé psicoanalítico, han quedado especialmente de manifiesto las diferencias y los contrastes. Esta era nuestra intención, pues por el momento no pretendemos abogar por un eclecticismo pragmático que

recomiende extraer de las distintas teorías psicoanalíticas de la infancia temprana la mayor cantidad posible de componentes, para ser después amalgamadas con elementos del desarrollo general o partes de la teoría de Piaget. Más bien, somos de la opinión de que, en psicoanálisis, y también en la investigación neonatológica de la inter-acción, un eclecticismo productivo es sólo posible, si examinamos conjuntamente aquellos aspectos descuidados en las diferentes construcciones. Después de todo, es de preocupar el que métodos introspectivos empáticos similares -Kohut subraya su cercanía a Klein en este aspecto- puedan desembocar en reconstrucciones de la infancia temprana enteramente diferentes.

Una posibilidad podría ser, por cierto, que las reconstrucciones contradictorias se originen en el tratamiento de enfermedades distintas. Sin embargo, la literatura disponible no avala esta hipótesis, que, en todo caso, es rara vez considerada por los padres y las madres de los infantes psicoanalíticos típicos. Más tarde o más temprano, la creación teoricomórfica se erige en el modelo uniforme para explicar los niveles más profundos de todos los trastornos psíquicos: los defectos del sí mismo debidos a un poco exitoso mirarse en el espejo, y la posición esquizo-paranoide y la depresiva, basadas en la destructividad innata, se ven como la raíz de todo mal.

El factor que inhala un espíritu específicamente narcisista (Kohut) o destructivo (Klein) a los infantes y bebés de las diferentes familias psicoanalíticas, es la mito-logía de la pulsión. Este es el motivo por el cual hemos respectivamente mencionado la teoría del narcisismo y la hipótesis de la pulsión de muerte. Sin embargo, los bebés psicoanalíticos de ninguna manera pierden su vitalidad y suvis a tergo si a las construcciones respectivas se les remueven los fundamentos de la mitología pulsional. De acuerdo con Freud (1923a, p.250), invocamos los versos de Schiller en *Die Weltweisen* (Los sabios del mundo): "Entretanto, y hasta que la filosofía no cohesione la estructura del mundo, la naturaleza lo mantiene en movimiento por hambre y por amor".

## Fussnoten

---

1 El carácter inconmensurable del inconsciente dinámico (el que no puede hacerse consciente), ha sido estudiado por Matte Blanco (1975) desde el punto de vista lógico-matemático.

Siguiendo las ideas de Freud, expuestas básicamente en *La interpretación de los sueños*, Matte Blanco plantea que el "pensar" del inconsciente profundo sería un modo lógico distinto del pensar consciente (estrictamente, y en términos de la lógica asimétrica, consciente, el "pensar" inconsciente es un "no pensar"). Este se rige por un tipo de lógica simétrica, donde cada proposición puede ser, a la vez, cualquier otra; dicho de otra manera, el "pensar" inconsciente no se

rige por los principios de identidad y no contradicción, propios de la lógica asimétrica. El carácter de inconsciente, así como el nivel de "profundidad" de un determinado producto psíquico, estaría dado por el grado de predominio de uno u otro tipo de lógica. La articulación de ambas lógicas, esto es, la bilógica, sería la que mejor describe los procesos que llamamos inconscientes, tales como desplazamiento, condensación, ausencia de tiempo, mecanismos primitivos como la identificación proyectiva, etc, los que a su vez se pueden entender como distintas formas de violación de la lógica asimétrica. Para Matte Blanco estas dos lógicas constituyen dos modos de ser psíquico, y su articulación conforma la "antinomía fundamental del ser humano y del mundo" (nota de J.P. Jiménez).

---

2 No obstante, hay que hacer notar que es dudoso que M. Klein se haya referido a una interacción madre-hijo temprana en los mismos términos en que lo hace la investigación neonatológica actual. En la concepción kleiniana de la relación temprana se acentúa mucho más la acción unilateral del bebé sobre la madre, a través del énfasis en el mecanismo de la identificación proyectiva (nota de J.P. Jiménez).

## 2 Transferencia y relación

### 2.1 La transferencia como repetición

Transferencias se establecen en todas las relaciones humanas. Este hecho le da al descubrimiento de Freud un enorme significado. Inicialmente sin embargo, él basó su definición de la transferencia en observaciones hechas en el curso de la terapia:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. Hay transferencias de éstas que no se diferencian de sus modelos en cuanto al contenido, salvo en la aludida sustitución. Son entonces, para continuar con el símil, simples reimpresiones, reediciones sin cambios. Otras proceden con más arte; [...] apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean, hábilmente usada. Estas son, entonces, nuevas elaboraciones, ya no más reediciones (Freud 1905e, p.101).

Más tarde, sin embargo, generalizó:

La transferencia se produce de manera espontánea en todas las relaciones humanas, lo mismo que en la del enfermo con el médico; es dondequiera el genuino portador del influjo terapéutico, y su efecto es tanto mayor cuanto menos se sospecha su presencia. Entonces, el psicoanálisis no la crea; meramente la revela a la conciencia y se apodera de ella a fin de guiar los procesos psíquicos hacia las metas deseadas (Freud 1910a, p.47-8; la cursiva es nuestra).

La transferencia es así un concepto genérico en ambos sentidos del término: Primero, desde el momento en que las experiencias pasadas tienen una influencia fundamental y persistente en la vida presente, la transferencia es universal en el género humano. Segundo, el concepto es genérico en el sentido de que abarca numerosos fenómenos típicos que se expresan individualmente y de manera única en cada uno de nosotros. En psicoanálisis se observan, además, formas especiales de transferencia, que serán discutidas más adelante. En este capítulo queremos demostrar la dependencia de los fenómenos transferenciales (incluida la resistencia) de la situación analítica y cómo ésta es estructurada por el analista, empezando con la apariencia de su consultorio, su

comportamiento, su sexo, su contratransferencia, su ecuación personal, su teoría, su imagen del hombre, su visión de mundo, etc. De este modo, pondremos a prueba la tesis central de este libro en el núcleo básico del psicoanálisis -transferencia y resistencia- e investigaremos hasta dónde alcanza el influjo del analista en los fenómenos que tradicionalmente han sido adscritos sólo al paciente. Como escribimos para lectores cuyo grado de información varía, primeramente queremos asegurar una base mínima de entendimiento.

La experiencia enseña que no es fácil entender cómo la transferencia, de haber sido al comienzo vista como el mayor obstáculo para el tratamiento, llegó a ser la herramienta más importante del mismo. Desde luego, la aturdira multiplicidad de los fenómenos de transferencia y resistencia no había sido todavía reconocida en la época de su descubrimiento. Por eso, nos retrotraeremos hasta el comienzo de la historia de la transferencia. El primer descubrimiento fue el de la resistencia a los recuerdos y al acercamiento a los conflictos inconscientes (como resistencia del paciente a asociar), resistencia que debe su fuerza a la revivencia de deseos inconscientes y su transferencia al analista. Así, la transferencia actualiza conflictos en la relación y cualquier obstáculo a este proceso pasó a llamarse resistencia transferencial, aunque más precisamente debiera hablarse de resistencia contra la transferencia. El control de estos fenómenos transferenciales depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar, "que justamente ellos [los fenómenos] nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie* [a través de una representación simbólica indirecta]. Con estas famosas palabras, Freud (1912b, p.105; cursiva en el original), caracterizó la actualidad de la transferencia en el aquí y ahora, la cual es precisamente convincente por su inmediatez y autenticidad: nada puede conseguirse *"in absentia"*, esto es, hablando acerca del pasado o, *"in effigie"*, es decir, a través de una representación simbólica indirecta. Al desarrollo de la transferencia, no importando sea ésta positiva o negativa en su contenido, se le oponen pues, no sólo y paso a paso, las más diversas formas de resistencia: la transferencia misma puede llegar a ser una resistencia cuando existe un desequilibrio entre la repetición en el presente de experiencias pasadas y la capacidad o la disposición del paciente de reemplazar las transferencias por recuerdos o por lo menos de relativizarlas. Desde el momento en que el paciente "se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente" (Freud 1920g, p.18; cursiva en el original), se deduce un tipo particular de resistencia transferencial: el aferrarse a la transferencia. Para evitar el desarrollo de transferencias positivas o negativas demasiado intensas, Freud enfatiza en una fase de su pensamiento la necesidad de "esforzar el máximo recuerdo y admitir la mínima repetición" (1920g, p.19). Para las repeticiones inevitables, el analista debe, al menos, no dar ningún pretexto, con el objeto de que los recuerdos retengan la fidelidad al



original y para evitar que se mezclen con impresiones reales: la autenticidad de la transferencia en el aquí y ahora reside, idealmente entonces, en la reproducción no influenciada de los recuerdos que son así revitalizados como experiencias actuales.

El común denominador de todo fenómeno transferencial es su carácter de repetición; tales fenómenos, en la vida cotidiana y en la terapia, surgen aparentemente de manera espontánea. Freud enfatiza la espontaneidad de la transferencia en contra de la objeción de que ésta es creada por el analista. En realidad todos conocemos la transferencia, ya sea por experiencia propia o ajena. Fulana y Zutano por ejemplo, terminan siempre de nuevo en el mismo tipo de patrón conflictivo. Las nuevas ediciones o facsímiles parecieran repetirse automáticamente, a pesar de los esfuerzos que se hagan, en un nivel consciente, para producir un cambio conductual.

El propósito de Freud era dar a la práctica psicoanalítica un fundamento científico. Por esta razón enfatizó que la transferencia es un fenómeno natural, parte de la vida humana y no un producto artificial del psicoanálisis. Por la misma razón, todas las reglas relevantes del tratamiento están diseñadas para asegurar la aparición espontánea de la transferencia. Pero, ¿qué significa "espontáneo"? Desde el punto de vista científico, no nos basta que las transferencias, tanto en la vida como en el análisis, surgan "por sí solas". Pues, visto el hecho más de cerca, la espontaneidad de la transferencia revela que su aparición está condicionada por expectativas inconscientes internas y por sus desencadenantes externos. Así, por razones científicas, debemos crear las condiciones más favorables para que las transferencias ocurran y, por consideraciones prácticas, debemos ajustarnos al potencial terapéutico de estas condiciones.

La concepción de Freud de la espontaneidad de la transferencia se revela como una variable disposición reactiva que se desencadena en la interacción con los objetos y los estímulos que emanan de ellos. Podemos ahora imaginarnos un tipo de respuesta inconsciente autodesencadenada sin estímulos externos positivos, como en los estados de privación de alimentos y bebida, con la consecuente "satisfacción alucinatoria del deseo" (Freud, 1900a), cuya semejanza con las actividades vacías (*Leerlaufaktivitäten*), descritas por Konrad Lorenz en los animales, podría ser mencionada de paso. La creación de las condiciones para tal autodesencadenamiento endopsíquico (esto es, aparentemente independiente de factores externos), aparece deseable no sólo por razones científicas, o sea para rebatir la objeción de la influenciabilidad, sino también porque, en un sentido más profundo, de lo que se trata en psicoanálisis es precisamente de la espontaneidad del paciente: éste debe lograr encontrarse a sí mismo en un "otro significativo" (Mead, 1934). De este modo, por un lado hemos recogido la exigencia de Freud correspondiente al espíritu científico de la época de lograr fenómenos transferenciales en su forma más pura y de no influenciarlos, de tal modo que aparezcan aparentemente

naturales. Por otro lado, sin embargo, se afirma que es decisivo para la terapia crear condiciones favorables a la espontaneidad del paciente.

La contradicción entre estos dos aspectos ha sido a menudo pasada por alto, de tal modo que muchos analistas creyeron que el no ejercer influencia promovería tanto el autodesencadenamiento como la espontaneidad del paciente en el sentido más profundo. Más aún, se creyó con eso poder combinar las exigencias científicas con los objetivos terapéuticos, aunque, en realidad, ninguna de las dos cosas se satisface así adecuadamente.

Los postulados teóricos han contribuido a la conceptualización de la neurosis de transferencia en el proceso psicoanalítico ideal, como algo aparentemente independiente del observador participante: según éstos, ésta se desarrollaría en la reflexión de imágenes por el analista, quien está idealmente libre de puntos ciegos en su contra-transferencia. La historia original de la neurosis deberá repetirse en el aquí y ahora de la manera más pura y perfecta, mientras menos perturbe el analista esta reedición. Si algún factor inicial X, por ejemplo la edad del analista, su apariencia o su conducta, perturban el curso ideal de la terapia, no se tratará ahora de re-ediciones, sino de ediciones corregidas, y entonces este factor X será retrotraído, por los recuerdos del paciente, a su significado propio en la vida temprana del paciente. Pareciera no tener autonomía. Las observaciones pioneras de Freud en el caso Dora (1905e), cuya interrupción del tratamiento fue explicado por una falla en reconocer este factor X en la transferencia, llevaron a descuidar el rol de las percepciones realistas en la relación terapéutica. Al modelo ideal del proceso psicoanalítico se subordinaron reglas de tratamiento, que debieran hacer posible una repetición pura de la patogénesis.

La observación de la repetición en la neurosis de transferencia (tan perfecta como posible) condujo, por una parte (en la investigación patogenética), a reconstrucciones del origen de la enfermedad, y, por otra parte (en la terapia), al énfasis puesto en el recordar como factor curativo. La neurosis de transferencia debe ser resuelta por la toma de conciencia del paciente de que la percepción que él tiene de la relación analítica es, en mayor o menor grado, una gruesa distorsión de la realidad actual. Culpables de ésta son las proyecciones, que traen al presente deseos y miedos tempranos y sus consecuencias. El modelo de este proceso analítico está contenido en la tríada freudiana del Recordar, repetir y reelaborar (1914g). Esta tríada llegó a ser vista como un ideal a través de sus conexiones con las recomendaciones técnicas de Freud, aunque él mismo las siguiera de manera independiente y flexible y no dogmáticamente. En la terapia, Freud dio siempre una gran importancia a las posibilidades de la sugestión en el marco de las transferencias, aunque esto no pueda ser deducido de sus escritos técnicos (Thomä 1977b; Cremerius 1981b). Él consideró esta influencia posible sólo en la medida en que la experiencia del paciente de dependencia de sus padres haya sido buena y fuera de ese modo capaz de desarrollar la así llamada transferencia no chocante (unanstößige). De acuerdo con Freud, ésta es la raíz

de la sugestibilidad, la cual es usada tanto por el analista como por los padres. Difícilmente se puede dudar que la sugestibilidad, en el sentido de receptividad para nuevas experiencias, presupone una cierta disposición para confiar en los demás, disposición que está enraizada en la historia de vida. Sin embargo, confianza y sugestibilidad tienen también una "génesis actual" (esto es, una base en la realidad de las transacciones en el aquí y ahora de la terapia), lo cual para Freud era demasiado evidente como para decirlo. Los aspectos actuales en la génesis de la transferencia fueron muy descuidados en la teoría de la técnica; por un largo tiempo, el presente, incluida la influencia actual del analista, fue relegado a las sombras.

La tendencia a descuidar el aquí y ahora (en el sentido de nuevas experiencias como opuestas a la mera repetición), se hace más entendible si consideramos de qué manera el reconocimiento de la transferencia pareció resolver un conjunto de problemas:

1. Fue posible reconstruir el origen de los trastornos psíquicos y psicosomáticos en el campo interpersonal de la transferencia.
  2. El diagnóstico de disposiciones neurótico-reactivas típicas y de las llamadas explicaciones disposicionales, se hizo posible, pues los conflictos interiorizados, que se manifiestan como repeticiones de patrones de pensar y actuar, pueden ser ahora observados en la relación con el médico, es decir, en la transferencia.
  3. Los conflictos interiorizados, esto es, patrones conflictivos que habían sido absorbidos en la estructura, pueden, a través de la transferencia, transformarse en relaciones de objeto y así ser observados *in statu nascendi*.
- La metas científicas fueron el explorar las circunstancias del desarrollo original de la neurosis, tan exhaustivamente como fuera posible, y crear condiciones estandarizadas para lograrlo. El que la aclaración de su etiología idealmente traería también la resolución de la neurosis, estaba de acuerdo con el entendimiento causal de la terapia, según el cual los determinantes pasados y obsoletos de deseos y ansiedades, que siguen sin embargo vivos en los síntomas, podían repetirse de manera pura, esto es, no influenciadas por el analista. Ya la incompleta enumeración de los problemas que encontraron solución a través del descubrimiento de la transferencia, dan una idea de por qué los aspectos actuales de la génesis de la experiencia y conducta del paciente fueron descuidados y de por qué el aquí y ahora, en su autonomía (núcleo decisivo de la terapia), no encontró un lugar adecuado en la genealogía oficial de la técnica psicoanalítica. De otra manera, las soluciones teóricas y prácticas conseguidas por el paradigma revolucionario, deberían ser relativizadas en relación a la influencia que el analista ejerce a través de su técnica individual (a su vez determinada por su teoría), de su "ecuación personal" y su contratransferencia y, finalmente, a través de su imagen latente del hombre.

## **2.2 Sugestión, sugestibilidad y transferencia**

La relación entre transferencia y sugestión es doble. Por un lado, la sugestión se deriva de la transferencia: el hombre es sugestionable precisamente porque "trans-fiere". Freud retrotrae la sugestionabilidad, dependiente de la transferencia, a sus pro-totipos evolutivos y la explica por la dependencia del niño de sus padres. Correspondientemente, el paciente percibe la sugestión del médico como derivada de la sugestión parental. Por otro lado, la sugestión es vista como una herramienta independiente para dirigir la transferencia. La confianza en la eficacia de esta herramienta se basa en la experiencia con la sugestión hipnótica. A este respecto, se retrotrae el doble significado de la sugestión a la diferencia entre hipnosis y terapia analítica. Freud comenta:

La terapia analítica hincó más hacia la raíz, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas y se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de esos conflictos. La terapia hipnótica deja a los pacientes inactivos e inmodificados, y por eso, igualmente, sin capacidad de resistir cualquier nueva ocasión de enfermar. [...] En el psicoanálisis trabajamos con la transferencia misma, resolvemos lo que se le contrapone, ajustamos el instrumento con el que queremos intervenir. Así se nos hace posible sacar muy diverso provecho del poder de la sugestión; está en nuestras manos: no es el enfermo el que por sí solo se sugiere lo que le viene en gana, sino que guiamos su sugestión hasta el punto mismo en que él es asequible a su influencia (Freud 1916-17, pp.410-1; la cursiva es nuestra).

Lo que hemos destacado en este pasaje puede ser interpretado de diversas maneras. Una interpretación obvia es ver, en el "instrumento" que "ajustamos", la transferencia, que, concordantemente, podría ser configurada e instrumentalizada por el analista. Sin embargo, para hacer de la transferencia un instrumento, es necesario que el analista lo haga desde una posición fuera de la transferencia. En la sugestión, Freud vio aquella fuerza que, junto al insight, trabaja en la transferencia. La sugestión es así el instrumento que "impacta" la transferencia y le da forma.

El doble significado de la sugestión y la mezcla entre sugestión y transferencia, que hasta el día de hoy dificulta el entendimiento de la terapia psicoanalítica, tiene dos causas principales:

Primero, la sugestión psicoanalítica se deriva de la sugestión hipnótica. Por eso fue para Freud natural destacar la forma novedosa y diferente del influjo terapéutico, contrastándolo con el tipo de sugestión practicado anteriormente. La sugestionabilidad se explicó en términos de la historia de vida y se la concibió como una regresión a la dependencia pasiva, lo que naturalmente significa que sólo se depende intensa o exclusivamente de algo externo y lo que se asimila es lo instilado o sugerido. Al atribuir la acción de la sugestión a la transferencia, Freud iluminó el porqué del carácter veleidoso de los éxitos de la hipnosis, pues sólo la transferencia positiva produce la confianza ciega capaz de hacer

que alguien se entregue totalmente al hipnotizador, como si el sujeto estuviera en el regazo de su madre. De este modo, las limitaciones de la disponibilidad a ser hipnotizado así como los fracasos de la terapia sugestiva, llegaron a ser explicables con ayuda de la teoría psicoanalítica de la transferencia (véase Thomä 1977b).

La segunda razón que condujo a deducir el influjo del analista en el paciente de su disposición a transferir, ya fue insinuada: la génesis de la confianza o la desconfianza, del afecto o del rechazo, la seguridad o la inseguridad, en las relaciones con los padres u otros parientes durante las etapas preedípicas y edípicas así como en la adolescencia, establece tendencias a reaccionar de una cierta manera, que pueden ser clasificadas de acuerdo con disposiciones inconscientes típicas. Estas disposiciones inconscientes actúan de tal manera que las experiencias actuales son medidas en relación a las expectativas inconscientes, es decir, vivenciadas de acuerdo con viejos clisés más o menos fijos.

Como disposición reactiva, la transferencia está ligada al pasado en el cual se originó. La sugestión médica, esto es, la influencia del analista, tampoco será determinada por su función autónoma, orientada al cambio, sino que se derivará de la historia vital del paciente. En contraste con la terapia sugestiva, el psicoanálisis exige revelar y resolver la transferencia. En la Presentación autobiográfica, Freud (1925d, p.26) describe sus experiencias con la aplicación de la hipnosis al servicio de la catarsis y fundamenta su abandono diciendo que hasta los mejores resultados quedaban de pronto como borrados cuando se enturbiaba la relación personal con el paciente. Es verdad que se restablecían cuando se hallaba el camino de la reconciliación, pero uno quedaba advertido de que el vínculo afectivo personal era más poderoso que cualquier trabajo catártico, y ese factor, justamente, no podía ser gobernado (la cursiva es nuestra).

La necesaria sugestión y sugestionabilidad se derivan de la transferencia, la cual, se podría decir, pareciera ser capaz, como Münchhausen (1), de alzarse a sí misma. Sin embargo, las apariencias engañan. Münchhausen se dividió a sí mismo, mediante una escisión en el yo, haciendo de su mano el centro de sí mismo y del resto de su cuerpo un objeto. La realidad es, por supuesto, que la transferencia no se sostiene a sí misma. Freud la dividió en dos clases. La transferencia no chocante es comparable a la mano de Münchhausen: a ella se le adscribe el poder de liberar de las transferencias pulsionales, positivas y negativas. La transferencia no chocante es un híbrido conceptual particular del período preedípico preambivalente, en el cual se formó la base de la confianza. En este sentido, también el concepto de transferencia no chocante se liga al pasado; sin embargo, ella sobrevive sólo como disposición reactiva y forma de alguna manera parte de lo que llamamos alianza terapéutica o alianza de trabajo (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Así como en la escisión terapéutica del yo de Sterba (1934), no estamos aquí ante cantidades fijas, sino ante

disposiciones, que, de acuerdo con influencias contingentes, pueden manifestarse de diferentes maneras (véase después, 2.5).

De este modo, las teorías de la transferencia simplemente describen cómo se forman los clisés o, de manera más general, las disposiciones inconscientes. Estas teorías dejan sin embargo abierto qué es lo que el analista aporta para su manifestación concreta; pero, sobre todo, las descripciones de Freud fallan en explicar adecuadamente cómo estas disposiciones se superan. Con la transferencia derivada de la sugestión, se permanece pues prisionero en un círculo de acontecimientos que gira hacia atrás. Para aclarar este problema, llamamos la atención hacia una tesis de Freud sobre la terapia analítica, en general poco tomada en cuenta: "Pero la nueva lucha en torno de este objeto [se refiere a la persona del médico] es elevada, con el auxilio de la sugestión médica, al estadio psíquico más alto; transcurre como conflicto anímico normal" (Freud 1916-17, p.414).

El recurso a la sugestión médica no hace justicia al influjo profundo, actual y novedoso ejercido por el analista. La resolución de esta lucha se diferencia por eso de los conflictos anteriores, puesto que por ambos lados se introducirán nuevas armas que facilitarán la elevación a "los más altos niveles psíquicos". Se trata de una meta exigente, de la cual nos preocuparemos en el capítulo 8. La interpretación "mutativa" de Strachey (1934) es una herramienta psicoanalítica para el cambio especialmente típica, precisamente porque es la más alejada de las formas convencionales de sugestión.

### **2.3 La dependencia de los fenómenos transferenciales de la técnica**

En contraste con la teoría de la técnica idealizada, que intenta formular condiciones experimentales estandarizadas, la práctica psicoanalítica se ha caracterizado desde un principio por la flexibilidad orientada hacia el objetivo terapéutico, donde el manejo de las reglas se ha adaptado al cambio deseado. El cuestionario que Glover (1937, p.49) presentara por primera vez en el simposio de Marienbad, confirmó que 24 analistas ingleses se distinguían claramente en la aplicación de importantes reglas técnicas. La discusión crítica de los efectos en la transferencia de la aplicación flexible de las reglas, fue interrumpida por acontecimientos políticos. Sólo en la postguerra el paradigma psicoanalítico fue ampliado esencialmente en lo que respecta al papel decisivo que el analista juega en él. Tres publicaciones aparecidas en el año 1950 (Balint y Tarachow; Heimann; Macalpine) marcaron el punto de giro; desde un punto de vista, también debiera incluirse el trabajo de Eissler publicado el mismo año (véase capítulo 3). En su trabajo *El desarrollo de la transferencia*, Macalpine señala, después de un exhaustivo estudio de la literatura, que hay un sorprendente consenso en lo que se refiere a sus orígenes: se asume que aparece espontáneamente en el analizando. Macalpine fundamenta su punto de vista disidente -que la transferencia es inducida en un paciente susceptible, por

la es-estructura particular de la situación terapéutica- enumerando 15 factores. Con ellos, describe la manera como procedimientos técnicos típicos, todos juntos, contri-buyen a la regresión del paciente, de modo que su conducta puede ser vista como una respuesta al encuadre rígido e infantil al cual es expuesto. Describe la situa-ción típica como sigue:

El paciente llega a análisis, en la esperanza y con la expectativa de ser ayudado. Así, él espera gratificación de algún tipo, pero ninguna de sus expectativas son llenadas. Entrega su confianza y no consigue nada a cambio; trabaja duro, pero espera en vano por la paga. Confiesa sus pecados y no recibe ni absolución ni castigo. Espera que el análisis se transforme en una relación de amistad, pero es dejado solo (Macalpine 1950, p.527).

Los 15 factores (a los cuales se pueden agregar otros), dan lugar a numerosas combinaciones posibles, que conducen a diferentes figuras de cómo el paciente puede experimentar la relación terapéutica o de cómo el analista induce la transfe-rencia a través del manejo de las reglas. Macalpine quiere mostrar que la transfe-rencia surge reactivamente. Es así lógico esperar que cualquier variación en los es-tímulos precipitantes contingentes dé origen a transferencias diferentes. La depen-dencia de campo de la transferencia se aclara cuando se consideran la multitud de posibles combinaciones que se originan por el descuido selectivo de sólo algunos de los 15 factores, sin tomar en cuenta las diferencias entre las distintas escuelas, en su énfasis en ciertos aspectos de la interpretación. Así llega a ser entendible por qué el Sr. Z. hizo diferentes transferencias en sus dos análisis con Kohut (1979a; véase también Cremerius 1982). La convincente argumentación de Macalpine tuvo sin embargo poca aceptación. Recientemente, Cremerius (1982, p.22) critica que muchos analistas aún vean la transferencia como un "inevitable proceso endo-psíquico". Aparentemente, el reconocimiento del influjo del analista en la transfe-rencia produce tanta intranquilidad, que argumentaciones teóricas convincentes tienen tan poco efecto como las inequívocas observaciones que ya Reich (1933, p.57) resumiera diciendo: "La transferencia es siempre también un espejo fiel de la conducta del terapeuta y de la técnica analítica".

Eissler es considerado uno de los exponentes más influyentes del modelo técnico básico (véase Thomä 1983a). Su publicación sobre modificaciones de la técnica estándar y la introducción del "parámetro" (1958) contribuyó grandemente a la formación del estilo neoclásico y al purismo psicoanalítico. Su disputa con Ale-xander y la escuela de Chicago (1950) delimitó la técnica clásica de sus variantes. Por esta razón casi no se notó que este trabajo contiene un aspecto que concede al influjo del analista en la transferencia mayor espacio que lo que el modelo técnico básico realmente permite. ¿Cuál era el problema en aquella época? Después de la muerte de Freud y de la consolidación del psicoanálisis en la postguerra, la cuestión de cuáles variaciones en la técnica podían todavía incluirse dentro de un entendimiento correcto de lo que es

psicoanálisis, llegó a ser prominente en las controversias teóricas, incluso aunque los analistas ortodoxos se muevan en su praxis dentro de un amplio espectro. Por otro lado, a través de determinar reglas en forma precisa, es posible ejercer disciplina y delinear fronteras bien definidas. La reacción natural frente al surgimiento de numerosas formas de psicoterapias psicodinámicas derivadas del psicoanálisis, fue el definir el método psicoanalítico en forma estricta y mantenerlo incontaminado (Blanck y Blanck 1974, p.1). La manera más simple de definir un método es a través de reglas de procedimiento, como si el seguirlas no sólo protegiera la identidad del psicoanalista, sino también garantizara un psicoanálisis óptimo y particularmente profundo.

Así, las fructíferas proposiciones prácticas y teóricas de Eissler (1950) fueron casi totalmente ignoradas. El definió el método psicoanalítico en términos de sus metas, y con ello favoreció, en relación a las modalidades técnicas (incluyendo el manejo de la transferencia), un alto grado de apertura y flexibilidad orientadas de acuerdo con las metas. Eissler afirmó a este respecto que cualquier técnica puede ser denominada psicoterapia psicoanalítica, en la medida en que, con medios psico-terapéuticos, busque o logre cambios estructurales de la personalidad, igual si son necesarias entrevistas diarias o irregulares, o si se usa o no el diván.

Difícilmente el método analítico puede ser definido en términos de sus objetivos, excepto bajo la asunción tácita de que sólo un psicoanálisis estricto persigue o logra un cambio estructural (la cual es, por lo demás, la posición de Eissler). De todos modos, Eissler dio aquí un indicio temprano (y contradictorio con su propia técnica ideal) de que, en vez de introducir censuras en el método, más sentido tiene el investigar los cambios que el tratamiento busca lograr y efectivamente logra, para así desarrollar una apropiada teoría de la técnica psicoanalítica y mejorar su práctica. En este respecto es dudoso, por ejemplo, si acaso la regresión producida por la técnica estándar, con sus contenidos transferenciales particulares, es el camino óptimo para cambiar la estructura y con ello los síntomas (véase cap. 8). No se puede cerrar los ojos al hecho de algunas terapias no tienen un curso favorable (v. Drigalski, 1979; Strupp, 1982; Strupp y cols. 1977; Luborsky y Spence, 1978). El recurrir al expediente de un error en la indicación, esto es, concluir que el paciente no era analizable, es un espejismo. Pues el hecho es que la técnica estándar ha restringido la definición de analizabilidad y elevado cada vez más las exigencias en fortaleza de las funciones egoicas para el paciente idóneo, pero con eso se ha descuidado la discusión acerca del problema de si las complicaciones (incluyendo aquí hasta las así llamadas psicosis transferenciales), no podrían adscribirse, menos a una insuficiencia en la precisión de las indicaciones, que a efectos de regresiones específicas por excesiva "privación sensorial" (véase Thomä 1983a). Tales omisiones cobran aún más peso, cuando simultáneamente no se logra probar que ciertas maneras



de manejar la transferencia conducen efectivamente a cambios en la estructura y en los síntomas.

La amplia y fundamentada discusión de Bachrach (1983, p.201), sobre el concepto de "analizabilidad", deja entrever de qué manera se ha puesto en movimiento el tema de la teoría y la práctica del psicoanálisis en su conjunto. En vez de la pregunta unilateral y en muchos sentidos problemática, sobre la idoneidad del paciente, debiera más bien plantearse la que sigue: ¿Cuáles cambios se logran, con qué pacientes, con cuáles dificultades, cuando el procedimiento psicoanalítico se aplica de qué manera y por cuál analista? En lo que toca a la transferencia y a su manejo, nos encontramos en un campo abierto cuyas fronteras han estado en constante expansión a través de las preguntas autocríticas en el sentido de Bachrach y a pesar de la simultánea rigidez. De este modo, y como lo señalara la revisión de Orr ya tempranamente en 1954, el psicoanálisis se encuentra desde hace tiempo en el camino de un nuevo entendimiento de la transferencia. Las variaciones en las condiciones técnicas del tratamiento crean en la práctica transferencias específicas que deben ser entendidas operacionalmente.

#### **2.4 La neurosis de transferencia como concepto operacional**

En su introducción a la discusión del problema de la transferencia en el congreso de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional), en 1955, Waelder (1956, p.367) enfatizó el influjo del analista en la transferencia: "Desde el momento en que el desarrollo global de la transferencia es la consecuencia de la situación y de la técnica analítica, cambios en esta situación y técnica pueden alterar de manera considerable los fenómenos transferenciales".

También Glover (1955, p.130) destacó que "la neurosis de transferencia se alimenta en primer lugar de las interpretaciones transferenciales" y que "la transferencia, que comienza de manera fragmentaria, tiende a configurarse ella misma en base a las interpretaciones transferenciales". Balint (1957, p. 290) lo dijo de manera aún más clara: "Sólo Dios sabe que gran parte de los fenómenos transferenciales que pasan frente a sus ojos y que él (el analista) observa, pueden haber sido producidos por él mismo. Las transferencias pueden ser, por ejemplo, reacciones a la situación analítica en general, o pueden ser creadas, en su variedad 'particular', por su técnica correcta o no tan correcta".

En Argentina, Liberman, siguiendo las huellas de Pichon Rivière, insistentemente planteó que "para lograr una comprensión integral de los fenómenos transferenciales, debe considerárselos como estructuras de comportamiento resultantes de las motivaciones inconscientes que están operando en un momento dado y de factores provenientes del método psicoanalítico (regla fundamental, horarios, honorarios, la posición decúbito, la actividad

inconsciente del terapeuta, etc), y de la técnica interpretativa utilizada para poner en evidencia y modificar el curso de dichas motivaciones inconscientes (esquema referencial teórico en que está basada la técnica interpretativa)" (1970 [1962], p.94; la cursiva es nuestra).

Las conclusiones esenciales del simposio de la American Psychoanalytic Association, "On the current concept of the transference neurosis" (sobre el concepto actual de la neurosis de transferencia), con contribuciones de Blum (1971) y Calef (1971), confirman el punto de vista enfatizado por Waelder y Macalpine. Básicamente, la introducción del término neurosis de transferencia expresa el reconocimiento de Freud de que la transferencia humana general se transforma en una relación sistemática bajo la influencia de la situación analítica y en presencia de tipos neuróticos particulares de disposiciones transferenciales (aunque Freud sub-estimaba esta influencia o creía que podría fijarla con condiciones estandarizadas). Loewald (1971) subraya la dependencia de campo de la transferencia, diciendo que la neurosis de transferencia representa menos una cantidad que se podría encontrar en el paciente, que un concepto operacional. Estamos de acuerdo con Blum (1971, p. 61) en que aún tiene sentido hablar de neurosis de transferencia, sobre el tras-fondo de una moderna teoría de la neurosis, si se entiende que este término incluye todos los fenómenos transferenciales. En este sentido, tanto los fenómenos transferenciales transitorios, como la neurosis de transferencia sintomática, son conceptos operacionales.

Por esta razón, no diferenciamos entre fenómenos particulares (p. ej., fantasías transferenciales situacionales) y la transformación neurótico-transferencial de síntomas de alguna clase nosológica (grupo de enfermedad), incluidas las neurosis narcisistas que Freud igualó a las psicosis. La neurosis de transferencia es entonces un tipo de neurosis artificial. En sus Conferencias de introducción al psicoanálisis, Freud escribe:

No olvidemos, en efecto, que la enfermedad del paciente a quien tomamos bajo análisis no es algo terminado, congelado, sino que sigue creciendo, y su desarrollo prosigue como el de un ser viviente. [...] Todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia [...] (1916-17, pp.403-4; la cursiva es nuestra).

El contexto de esta cita señala al "nuevo sentido" estrictas limitaciones. Otros lugares en el texto, donde se habla de la transferencia como una "nueva condición" que reemplaza a la "neurosis ordinaria" y que concede "a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial", también restringen el lado innovativo de la experiencia real a las condiciones favorables para el despertar de recuerdos a propósito de las reacciones de repetición (1914g, p.156). Desde el momento en que Freud no vio consistentemente el crecimiento o desarrollo de la neurosis de transferencia,

que crece como una criatura viviente, como un proceso interpersonal dentro de una relación terapéutica entre dos individuos, quedó es-condida la gran contribución del analista a esta "nueva neurosis artificial" (1916-17, p.404). La profundidad de este problema se deja ver en la elección de la vigo-rosa terminología que Freud usa cuando discute la superación de la neurosis de transferencia. Esta no se corresponde con el ideal de libertad y más bien traiciona desamparo:

[...] superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad.

Más fuerte aún, Freud usa a continuación una palabra que no pertenece a su vo-cabulario habitual: "De tal manera lo forzamos [al paciente] a mudar su repetición en recuerdo" (1916-17, p.403; la cursiva es nuestra).

Se debe mencionar brevemente aún otro significado, ya obsoleto, del término neurosis de transferencia y éste es el uso nosológico que Freud le dio. Este uso no puede mantenerse, desde el momento en que las personas que acuden a tratamiento por los así llamados defectos del yo u otras deficiencias, perversiones, estructuras fronterizas o psicosis, desarrollan transferencias. Las asunciones teóricas de Freud concernientes al narcisismo, condujeron a que las transferencias especiales de los casos fronterizos y los psicóticos, no fueran al principio reconocidas, llegándose así a la confusa diferenciación nosológica entre neurosis de transferencia y neu-rosis narcisistas. Todos los pacientes son capaces de transferencia y es por eso in-válido definir los síndromes neuróticos histéricos, fóbicos y obsesivos como neu-rosis transferenciales, contrastándolos con las neurosis narcisistas. Los diversos grupos de pacientes se diferencian entre sí, en la forma y contenido de la transfe-rencia y no en que algunos no la muestren en absoluto.

La observación de que distintos grupos de pacientes se diferencian entre sí de acuerdo con la forma y contenido de las transferencias que desarrollan, ha tenido importantes consecuencias. En primer lugar, ha sido el punto de partida para la construcción de una psicopatología psicoanalítica. Desde los tiempos de Freud, el desarrollo de una teoría especial de las neurosis y de las enfermedades psíquicas en general, ha sido preocupación constante de las distintas generaciones de psicoana-listas. El libro clásico de Fenichel (1945) resume el conocimiento psicopatoló-gico ganado por el psicoanálisis hasta ese momento. Muchos otros autores han contribuido posteriormente con aportes importantes. Para nombrar sólo algunos ejemplos, en la escuela kleiniana, son dignos de destacar los trabajos de Bion (1967) y Rosenfeld (1965) sobre pacientes esquizofrénicos. Siempre dentro de la escuela inglesa, Masud R. Khan (1979) ha estudiado las perversiones. En la psi-cología del yo, los estudios de Kernberg (1975) sobre pacientes fronterizos han marcado un hito significativo; igualmente influyentes han sido los trabajos de Kohut (1971) sobre la

transferencia de los pacientes narcisistas. En la escuela francesa, destacan los trabajos de Chasseguet-Smirgel (1978) y McDougall (1986) sobre perversión; en la misma dirección, Bergeret (1987) revisa la clínica psico-analítica a la luz de distintos niveles estructurales (predominantemente edípicos o preedípicos), que se corresponden con diferentes disposiciones transferenciales. Todos estos aportes tienen en común el intento de describir constelaciones trans-ferenciales típicas para los distintos cuadros psicopatológicos. En Argentina, Et-chegoyen (1986) llega a hablar de una perversión de transferencia, propia de los pacientes perversos, junto a la neurosis y la psicosis de transferencia ya descritas por otros autores. En forma paralela, la idea de estructura psicopatológica, como disposición o clisé transferencial, ha permitido, a su vez, la construcción de puen-tes con la psiquiatría, lo que ha posibilitado el desarrollo de una psiquiatría diná-mica.

Una segunda consecuencia importante, y esta vez considerando que las disposiciones transferenciales, no importando el tipo (es decir, si se trata de una neu-rosis, una psicosis o una perversión de transferencia), son desencadenadas y modu-ladas por la situación analítica (esto es, la transferencia como un concepto ope-racional), ha sido la posibilidad de desarrollar estrategias y tácticas de intervención terapéutica diferenciadas de acuerdo con el tipo de psicopatología. En esta línea se inscriben los trabajos de Liberman (1970) sobre los estilos interpretativos. En un intento interdisciplinario entre teoría psicoanalítica de la patogenia, teoría de la co-municación, lingüística y semiótica, este autor argentino describe seis tipos funda-mentales de estilos transferenciales, de acuerdo con el contenido y en especial con la forma de la comunicación, que corresponderían a igualmente diferentes puntos de fijación, con lo cual reformula la psicopatología en términos de estilo comu-nicativo. Según Liberman, y dentro de una concepción diádica y operacional de los fenómenos emergentes en el seno de la relación analítica, el analista, en su estra-tegia interpretativa, puede elegir estilos complementarios o simétricos en el diálo-go con el paciente. Si se comunica con el paciente en términos complementarios, la interacción tendrá una dirección curativa, si al contrario, lo hace de manera si-métrica, la relación llegará a un punto muerto o se producirá iatrogenia.(2)

## **2.5 Una familia conceptual controvertida: relación real, alianza terapéutica, alianza de trabajo y transferencia**

Con el padre de estos conceptos nos hemos encontrado ya, aunque él mismo no se ha identificado como tal. En la obra de Freud, lo encontramos como la persona del médico a la cual el paciente se "adhiera", tanto como en la "relación real", cuya es-tabilidad configura el contrapeso de la transferencia. Pero, ¿qué sería de una fami-lia sin madre! A ella la encontramos en la "transferencia no chocante", que tem-pranamente en la historia de vida comienza a formar el silencioso pero sólido tras-fondo de confianza. La

transferencia no chocante es así la madre de la familia de conceptos que a continuación discutiremos. Atribuimos a las relaciones personales reales de tipo maternal la mayor influencia en el establecimiento de actitudes de confianza hacia el medio ambiente.

Si la confianza del paciente sobrepasa su desconfianza, se pueden esperar, en la terminología de Freud, transferencias inobjetables estables. ¿Por qué, entonces, cuando el padre y la madre de la familia ya existían, fueron introducidos nuevos términos que difieren entre sí y, como los niños reales, a veces se parecen más al padre y otras más a la madre? Sandler y cols. (1973) han destacado que, hasta la introducción del concepto de "alianza terapéutica" ("treatment alliance"), existía una confusión, debido a que Freud entendía, bajo transferencia positiva, tanto la transferencia no chocante como la libidinosa. Su trabajo muestra que la alianza terapéutica está compuesta de varios distintos elementos. En efecto, Zetzel (1956) entiende la alianza terapéutica de acuerdo con el modelo de la relación madre-hijo temprana. Ella es de la opinión que las etapas iniciales de un análisis corresponden, en algunos aspectos, a las fases tempranas del desarrollo infantil. De esta afirmación, Zetzel concluyó que el analista, especialmente al inicio de la terapia, debía modelar su conducta de acuerdo con la "buena madre". En contraste, la "alianza de trabajo" de Greenson (1965) incluye, sobre todo, los elementos reales o realísticos de la relación, que ya Fenichel (1941) había llamado "transferencia racional".

Una familia controvertida: pero, ¿qué está en discusión, y quiénes discuten? Lo que está en discusión son las relaciones y la jerarquía dentro de la familia. Se discute la importancia de la transferencia comparada con la relación real y, sobre todo, se discuten aquellos muchos elementos que están, consciente o inconscientemente, presentes y actuantes en la situación analítica, esto es, en la interacción entre analista y paciente, y cuyo origen no puede sólo encontrarse en el pasado.

Esperamos que el lector nos disculpe el que hablemos de los conceptos como si éstos fueran personas pendencieras. Así acortamos y simplificamos la descripción. Más tarde mencionaremos algunos autores que insuflarán el espíritu de pelea a los conceptos. Poco se ha considerado el hecho de que estos conceptos se llevan tan mal entre ellos, porque pertenecen a distintas escuelas de praxis. Los conceptos monádicos pelean con sus hermanas y hermanos diádicos. La transferencia, al igual que la escisión del yo de Sterba, como el yo normal ficticio de Freud, son conceptos monádicos, en cambio, todos los conceptos de relación, son, en su diseño y propósito, diádicos. Entonces comienza la disputa: ¿qué si hablamos pues de la relación transferencial como una relación de objeto? Claro que sí, pero, no como en la teoría de Klein, que al hacerlo, no deja con eso la psicología uni-personal. Esto significa entonces que no podemos dejar de tomar en serio la psicología bi o tripersonal de Balint. Pero, la transferencia se resiste a esto, por miedo a que a través de ello, el hijo favorito de la familia y a quien debemos nuestra existencia profesional, pueda sufrir menoscabo y con él el paciente y nosotros mismos.

No necesitamos repetir por qué Freud concibió la transferencia de manera monádica y por qué los miembros diádico-interaccionales de la familia conceptual permanecieron por largo tiempo innominados, teniendo, desde la clandestinidad y el incógnito, una efectividad aún mayor. Por eso la familia conceptual debió ser completada con aquellos miembros que desde siempre estaban ahí, pero que sólo habían sido descritos coloquialmente.

Recomendamos al lector el capítulo Sobre la psicoterapia de la histeria (1895d, p.290), donde se encuentra la maravillosa des-cripción de cómo el paciente puede ser ganado como "colaborador" para la terapia. Todas las evidencias hablan a favor de que Freud, también más tarde, siempre buscó, en primera línea, "aliarse" con el paciente y constituir con él un mismo "partido".

Nosotros subrayamos aquello de que "no toda buena relación entre analista y analizado, en el curso del análisis y después de él, ha de ser estimada como una transferencia" (Freud 1937c, p.225). Entretanto sin embargo, la transferencia positiva llegó a ser no el único y el más poderoso motivo para la participación del analizado en el trabajo en común (1937c, p.235-6). La relación será ahora formalizada en un "contrato" o en un "pacto". Cómo se cultiva la "lealtad a la alianza", es algo que queda sin mencionarse [las palabras entre comillas provienen de los trabajos tardíos de Freud, 1937c y 1940a]. Particularmente concluyente es el hecho de que Freud se orientó en su obra tardía más hacia el diagnóstico concebido monádicamente, a los cambios en el yo que no permiten la adhesión al contrato. Desde luego, se continúa, igual que antes, enfatizando que el analista actúa como "modelo" y como "maestro" y "que el vínculo analítico se funda en el amor a la verdad, es decir, en el reconocimiento de la realidad objetiva" (1937c, p.249). Por el contexto, es claro que se trata por lo menos también de la realidad del analista como persona, aunque el cómo ésta influye en la transferencia, es algo que queda abierto.

Si el problema del reconocimiento de la verdad fuera algo que, desde el punto de vista de la técnica terapéutica, estuviera resuelto, podríamos ahorrarnos la discusión en las secciones 2.7 y 2.8. En vez de eso, hay controversias, típicas de peleas familiares: entre los conceptos monádicos como "transferencia no chocante", "escisión del yo" (Sterba 1934), "yo normal ficticio" (Freud 1937c), por una parte, y, por la otra, los conceptos diádicos que tuvieron su protoforma coloquial en la obra de Freud: el "trabajo en común" (Sterba 1940), la "alianza terapéutica" (Zetzel 1956) y la "alianza de trabajo" (Greenson 1965). En el interior de la familia no sólo se discute quién se relaciona especialmente con quién y si acaso no todos provienen de la transferencia no chocante, esto es, de la relación madre-hijo temprana. Para entender la controversia es absolutamente esencial tomar en cuenta que la transferencia se siente orgullosa de su contenido de verdad psíquica, subjetiva, aunque no por eso contenga menos distorsiones. Se llega a decir que cuando las transferencias negativas ganan la delantera, pueden paralizar totalmente la situación analítica. En ese momento, la relación realística, condición de

existencia de la cura, se verá enterrada. En este punto, Freud -cuando dice que paciente y analista se apuntalan en el mundo exterior real (1940a, p.174)- introdujo una verdad externa, aparentemente objetiva, que vista con mayor precisión es, en realidad, no menos subjetiva que aquella que surge de la transferencia. La introducción de la persona real (del sujeto) en la alianza de trabajo no perjudica el hallazgo de la verdad, al contrario, con ello la subjetividad de nuestras teorías se hará manifiesta. Así, la responsabilidad del analista individual es mucho mayor y se esperará mucho más de él que examine su práctica científicamente, comenzando con la reflexión crítica sobre su propio pensar y proceder, esto es, con práctica controlada.

Examinaremos a continuación más de cerca el árbol genealógico de los miembros de la familia, comenzando con la escisión del yo como prototipo de la concepción monádica, para luego llegar al "trabajo en común" y sus derivados. En relación a la capacidad para la escisión terapéutica del yo, Sterba cita la siguiente descripción de Freud sobre la situación analítica, como la única situación donde el análisis puede ser totalmente probado en su efectividad, concepto que ha tenido mucho éxito e influencia.

Esta situación, como es sabido, en la plenitud de sus notas ideales, presenta el siguiente aspecto: alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no se puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio. El médico trabaja entonces codo con codo junto a un sector de la personalidad dividida en dos por la enfermedad, y contra la otra parte en el conflicto. Las situaciones que se apartan de ésta son más o menos desfavorables para el análisis [...] (Freud 1920a, p.143; la cursiva es nuestra).

Sterba reduce la descripción de Freud a su esencia: De la división surge la escisión, y la capacidad del paciente de reconocer conflictos internos como determinantes de su enfermedad llega a ser un importante criterio de indicación de la técnica. Finalmente, pareciera que las únicas personas adecuadas para el psico-análisis son aquellas cuyos conflictos intrapsíquicos se dan en un nivel edípico. El hecho de que Kohut explícitamente viera la psicología del self y la técnica para tratar trastornos narcisistas de personalidad como complementando la terapia clásica de los conflictos edípicos, debería bastar para ilustrar las consecuencias que tuvo la escisión en el yo como lugar común mal entendido. Ciertamente es más fácil si el paciente llega con conciencia de sus conflictos, pero es siempre necesario que el analista esté dispuesto a construir una relación terapéutica sólida. En la posterior recepción de la escisión del yo, se olvidó totalmente cómo se promueve el "trabajo en común" incorporando los elementos no transferenciales de la relación, aunque Sterba (1929, 1940) y Bibring (1937) enfatizaron la identificación con el analista y el "trabajo en común" como fundamento de la terapia.

A través de la conceptualización unilateral y más bien negativa de la cura psico-analítica, se menosprecian las experiencias genuinas y enormemente placenteras de descubrir nuevos ámbitos de vida mediante el entender y el

trabajar en común, en la medida en que se las considera como meras sublimaciones. Si se declara con Fürstenau (1977) que la relación entre analista y paciente es una "relación de una no-relación", se permanece dentro de un entendimiento de la terapia en el cual se asigna al psicoanalista un significado más bien negativo y paradójico. Por otro lado, es equívoco hablar de relación, colaboración o encuentro, cuando no se aclara la manera como estas dimensiones terapéuticas se configuran. Freud nos enseñó el análisis de la transferencia, siendo la relación para él por sí misma evidente, lo cual contribuyó, entre otras cosas, a que transferencia y relación se desarrollaran en sus tratamientos paralelamente y sin conexión entre sí. Hoy en día, sin embargo, de lo que se trata es precisamente de reconocer e interpretar su mutua interacción. Por esto creemos que es erróneo definir la situación analítica y la relación inter-personal particular que la constituye como algo negativo, sea como la relación de una no-relación, o de acuerdo con su asimetría, como si las relaciones humanas naturales (esto es, comunidades que comen, duermen y trabajan en común) fueran simétricas como las formas geométricas. Ciertamente, la comunidad de intereses entre analista y analizado también es desigual. Lo esencial es el punto desde donde se parte: de las posiciones desiguales o de la tarea que sólo se puede realizar a través de los esfuerzos comunes aunque muchas veces encontrados. Según nuestra opinión, es tan erróneo deducir de la comunidad de intereses una relación de "compañerismo", como antiterapéutico es el enfatizar la asimetría tan fuertemente, como para que las identificaciones se dificulten o incluso se lleguen a bloquear totalmente.

Con todo lo ambiguo que pueda parecer la presente familia de conceptos, llegó a ser sin embargo esencial, tanto por razones prácticas como teóricas, agregar algún concepto que complementara las igualmente diversas formas de transferencia, pues la teoría de la transferencia trata de explicar la conducta actual del paciente y su así llamada analizabilidad, a partir del pasado. En última instancia, la capacidad del paciente de superar sus transferencias negativas y positivas, o la resistencia a la transferencia, se retrotrae a la transferencia positiva benigna y no chocante en la relación temprana madre-hijo. En esto se puede ver que el influjo del analista en este punto sería en lo esencial de naturaleza secundaria, es decir, solamente algo derivado.

Esta teoría de la transferencia no sólo no hace justicia a experiencias terapéuticas. En una inspección más precisa, es claro que con la escisión terapéutica del yo de Sterba -uno de los primeros miembros de la familia de conceptos- la psicología del yo tuvo que desembocar en la alianza de trabajo como contrapartida técnica a la teoría de las funciones autónomas del yo. Cuando el paciente, con la ayuda de las interpretaciones del analista o por sí mismo, reflexiona sobre sus propias expresiones o se autoobserva, no lo hace desde el vacío. El yo del analista, a causa de su normalidad, puede considerarse como ficticio, pero lo que él piensa y siente en relación al paciente y cómo percibe la transferencia del paciente, no es de ningún modo ficticio. De la misma



manera como el paciente no va a parar a una "tierra de nadie" cuando emerge de su transferencia, así tampoco el analista cae en el vacío cuando especula sobre las fantasías inconscientes de su paciente o cuando trata de fundamentar su contratransferencia. Lo que él le sugiere al paciente está influenciado tanto por la transferencia, como por la opinión que tenga de las percepciones realistas del paciente. No es suficiente sólo el conocimiento genético; para reconocer los fenómenos transferenciales y llamarlos por su nombre, es necesario hacerlo desde una posición externa a este reconocimiento. El paciente también está parcialmente fuera de la transferencia; de otro modo no tendría ninguna posibilidad de hacer las nuevas experiencias que el analista estimula a través de las miradas innovativas que ofrece. La transferencia se determina entonces desde la no transferencia y viceversa.

El que hay algo fuera de la transferencia, y esto es la identificación con el analista y sus funciones, se muestra por el establecimiento de la relación terapéutica que no se disuelve con la terminación del tratamiento. El ideal de la resolución de la transferencia formó parte de una concepción monádica del proceso terapéutico y no es por lo tanto de sorprender que tal resolución no se la encuentre en la realidad (véase cap. 8). Naturalmente es verdad que siempre en eso ha habido diferencias de evaluación: la transferencia no chocante nunca fue objeto de análisis para Freud y estaba por lo tanto fuera del campo de lo que debiera ser resuelto.

Para hacer más entendible lo que queremos decir, repetimos que Zetzel fundamentó la capacidad del paciente de establecer relaciones en la vida en términos de la transferencia materna no chocante. La alianza terapéutica de Zetzel se deduce entonces de la teoría tradicional de la transferencia y calza bien con ella. Con los años, Greenson independizó ampliamente su alianza de trabajo de la teoría de la transferencia. Razones prácticas y teóricas explican por qué las declaraciones de independencia de Greenson (1967) se extendieron por muchos años y las relaciones con la madre patria quedaron poco claras. Así, él habló de la alianza de trabajo como un fenómeno transferencial (1967, pp.207, 216) pero al mismo tiempo enfatizó que se trataba de dos fuerzas antitéticas. ¿Cómo se puede resolver esta contradicción? En tanto en cuanto se equipara la transferencia con las relaciones de objeto (en el sentido analítico) en la situación terapéutica, entonces la alianza de trabajo es también una relación de objeto con componentes inconscientes y requiere así una interpretación.

A lo largo de las últimas décadas, la expansión de la familia de conceptos que acabamos de discutir, se acompañó de la extensión del concepto de transferencia. El lector no encontrará fácil conciliar estos dos desarrollos, uno destacando los elementos no determinados por la transferencia (la relación terapéutica) y el otro enfatizando la transferencia. El reconocimiento de los elementos no determinados por la transferencia y la percepción de la transferencia como una relación objetal totalizante (relación transferencial), surge de tradiciones distintas de práctica psico-analítica que tienen sin embargo

raíces comunes. Hace cincuenta años, Sterba (1936, p. 467) afirmó que la transferencia era esencialmente una relación de objeto como cualquier otra, aunque simultáneamente enfatizara la necesidad de diferenciación. La contribución esencial para la extensión del concepto de transferencia fue hecho por Klein (1952) y los "teóricos británicos de las relaciones de objeto", para usar una frase acuñada por Sutherland (1980) para aludir a Balint, Fairbairn, Guntrip y Winnicott y para destacar su independencia y originalidad dentro de la escuela inglesa. El carácter ahistórico, casi inmodificable que Klein adscribe a las fantasías inconscientes de relaciones de objeto, significa que ellas están siempre presentes y extremadamente efectivas. Así, en el aquí y ahora también se pueden hacer inmediatamente interpretaciones profundas (Heimann 1956; Segal 1982).

En la escuela kleiniana, la transferencia tiene un lugar único en el marco de su teoría especial de las relaciones de objeto. El rechazo del narcisismo primario tuvo al principio consecuencias terapéuticas fructíferas. Según esta teoría, las fantasías transferenciales inconscientes se dirigen inmediatamente al objeto, al analista y -lo que es aún más importante- no parecen ser ocultadas por las resistencias, con lo cual se hacen inmediatamente interpretables. (3) Mientras en la escuela de la psicología del yo, la estrategia interpretativa es un rompecabezas que se puede caracterizar con tópicos como: superficie, profundidad, transferencia positiva o negativa, interpretación de la resistencia, etc., la teoría de Klein recomienda interpretar inmediatamente las supuestas fantasías inconscientes como transferencias. Anna Freud relaciona las interpretaciones transferenciales casi exclusivamente con el pasado (1936, p.27), concediendo una génesis situacional sólo a la resistencia. En el análisis de la resistencia en sentido estricto, como fuera propuesto por Reich y después por Kaiser (1935) y criticado por Fenichel (1953 [1935a]), el analista rompe su silencio sólo con ocasionales interpretaciones de la resistencia. Klein afloja así la rigidez del análisis de la resistencia y reemplaza el silencio por un nuevo estereotipo: el de las interpretaciones transferenciales inmediatas de fantasías objetales inconscientes con el típico contenido kleiniano del pecho "bueno" pero sobre todo del pecho "malo".

En la teoría de Klein, el aquí y ahora es entendido exclusivamente como transferencia en el sentido de repeticiones ahistóricas (Segal 1982). Es, sin embargo, cuestionable adscribir a los aspectos inconscientes de la vivencia una existencia atemporal y ahistórica especial, por más impresionante que pueda ser el almacenamiento de pensamientos oníricos latentes en la memoria de largo plazo. El inconsciente no tiene existencia en sí mismo: está unido a la historicidad de la existencia humana. En la visión de Klein de la transferencia las repeticiones asumen tal importancia, que la temporalidad -pasado, presente y futuro- pareciera suspenderse. Por esta razón, la cuestión del cambio a través de nuevas experiencias fue algo por largo tiempo desatendido en esta teoría (Segal 1964). Klein opina que en el proceso de "desenmarañar los detalles de la transferencia, es esencial pensar en términos de situaciones totales

transferidas del pasado al presente, tanto como de emociones, defensas y relaciones de objeto" (1952, p.437; cursiva en el original). Siguiendo a Klein, Betty Joseph (1985) lo expresa así: "Por definición la transferencia incluye todo lo que el paciente aporta a la relación. Para tener una idea cabal de lo que aporta el paciente, debemos concentrar nuestra atención en lo que ocurre en el marco de esta relación, es decir, en la manera en que el paciente usa al analista, en forma paralela y aún más allá de lo que manifiesta verbalmente" (p.447; la cursiva es nuestra).<sup>(4)</sup> El paciente debe, sin embargo, llegar a un acuerdo con su analista y con la visión de este último sobre la realidad psíquica del presente y del pasado, para poder liberarse a sí mismo de la transferencia y abrirse hacia el futuro. El "aquí y ahora" puede a lo mucho sólo parcialmente ser un "allá y entonces"; de otro modo no habría futuro, el cual, reveladoramente, no se deja localizar con adverbios tan a la mano.

Por esta razón, la definición tradicional restringe la transferencia a todo aquello que no es nuevo en la situación analítica, esto es, a las reediciones repetitivas de los conflictos intrapsíquicos que tienen su origen en relaciones de objeto pasadas y que se disparan automáticamente en la situación de tratamiento. Pero, desde el momento en que en la terapia se posibilita la aparición de nuevas soluciones, se hace imperativo destacar este aspecto de la relación entre analista y analizando, mediante los términos especiales que introdujimos como los miembros diádicos de la familia de conceptos asociados a la alianza de trabajo. Al mismo tiempo, sin embargo, la técnica de interpretación de la psicología del yo queda ligada al pasado y al modelo del conflicto intrapsíquico. Puesto que la transferencia fue vista como una distorsión circunscrita de la percepción, el analista que trabaja de acuerdo con la psicología del yo, se pregunta: ¿Qué es lo que ahora se repite?, ¿qué deseos y miedos inconscientes se están actualizando?, ¿qué defensas se erigen contra ellos? y -sobre todo- ¿a quién están ellos dirigidos? ¿qué transferencia, materna o paterna, está siendo duplicada conmigo? Obviamente, estas preguntas se refieren primaria-mente al pasado, el cual está siendo repetido sin que el paciente tenga conciencia de ello. Para que la repetición tenga el mayor impacto y así posibilite convincentemente el retrotraerla a recuerdos dinámicamente activos, conservados en el inconsciente, se dan algunas reglas técnicas de comportamiento: el analista se conduce pasivamente y espera hasta que la transferencia positiva benigna se transforme en resistencia. Finalmente, él interpreta la resistencia.

"El aquí y ahora es en primer lugar importante porque conduce hacia atrás hacia el pasado que lo originó". En nuestra opinión, esta afirmación de Rangell (1984, p.128) caracteriza, sucintamente, una técnica de interpretación que le asigna la primera significación a los recuerdos, relegando la relación actual, esto es, el enfoque interaccional, al segundo lugar. Exagerando, se podría decir que sólo se toma en cuenta aquella porción de transferencia del proceso terapéutico diádico para dirigir rápidamente la atención al pasado y a los recuerdos. Aunque Rangell reconoce el significado de la relación de trabajo

cuando afirma que las interpretaciones sólo se pueden hacer después que tal relación ha sido construida, él enfatiza que el analista no necesita hacer un esfuerzo especial en esta dirección (1984, p.126). En este punto Sterba tenía una idea totalmente distinta desde el momento en que él estimulaba la inducción del "trabajo común":

Desde el principio el paciente debe ser animado al trabajo "común" en contra de algo. Cada sesión le da al analista varias oportunidades de emplear el término "nosotros" para referirse a sí mismo y a aquella parte del yo del paciente que está en consonancia con la realidad (Sterba 1934, p.121).

En el tratamiento, el problema es entonces de prioridades técnicas. El que las transferencias se orienten al objeto es indiscutible, desde el momento en que los deseos que surgen del inconsciente hacia el preconscious se asocian primariamente a objetos, aun cuando estos últimos puedan no tener representación mental en las primeras etapas de la vida. De acuerdo con la teoría topográfica de Freud, como está expuesta en La interpretación de los sueños, son estos sucesos intrapsíquicos los que forman la base de la transferencia clínica. El supuesto teórico corresponde a la experiencia de que las transferencias son provocadas "desde arriba" por restos diurnos reales, igual que los sueños. Las percepciones realistas, que varían en su curso, son entonces cosa del analista. Cuando en las interpretaciones transferenciales se descuidan estos restos diurnos, se descuida con ello la interacción y se comete una omisión grave y llena de consecuencias. El descuido generalizado de estos restos diurnos en las interpretaciones transferenciales es inherente a esta teoría y guarda relación con la evitación de los lazos realísticos con la persona del analista, porque el reconocer tales vínculos contraviene el paradigma técnico del espejo reflectante. Así se aclara la llamativa discrepancia que existe en la teoría y práctica de la transferencia hasta hoy prevalentes, entre la interpretación habitual de los sueños "desde arriba", que se apoya en los restos diurnos y el no considerar los restos diurnos en las interpretaciones transferenciales.

No fue sólo en la escuela de Klein donde la extensión de la teoría de la transferencia condujo a cambios considerables en la técnica de tratamiento. Quisiéramos ilustrar esto con una referencia a la controversia entre Sandler y Rangell. El siguiente pasaje contiene los puntos esenciales de los argumentos de Sandler:

Parece claro que la introducción y descripción de estos procesos objetales (object-related), particularmente las defensas objetales, reflejan una dimensión esencialmente nueva en el trabajo analítico y en el concepto de transferencia. El análisis del aquí y ahora de la interacción analítica comenzó a tomar precedencia, en términos del "timing" de las interpretaciones, sobre la reconstrucción del pasado infantil. El que el paciente use defensas dentro de la

situación analítica que lo envuelven tanto a él como al analista, fue visto como transferencia y progresivamente esto llegó a ser un foco primario de atención para este último. La cuestión "¿qué está sucediendo ahora?" pasó a contestarse antes que la pregunta "¿qué revela el material del pasado del paciente?". En otras palabras, el trabajo analítico (en Inglaterra al menos), llegó a centrarse cada vez más en el uso que el paciente hace del analista en sus deseos y pensamientos inconscientes, de la manera como ellos aparecen en el presente -esto es, en la transferencia como, implícita o explícitamente, fue entendida por la mayoría de los analistas- a pesar de la limitada definición oficial del término (Sandler 1983, p.41).

La crítica de Rangell fue a los fundamentos. El plantea la siguiente cuestión: "¿Se trata todavía primero de las resistencias y de las defensas, como lo fue con Freud, Anna Freud, Fenichel y otros? ¿o nos hemos mudado a aquello que por muchos es promulgado como 'primero la transferencia', o más aún, 'sólo la transferencia'?" Para él todo parece haber conducido a una nueva polarización: muchos analistas, en muchas partes, le dan preferencia al aquí y ahora sobre la reconstrucción y el insight. "Finalmente -afirma Rangell- debemos decidir entre dos concepciones diferentes de la transferencia, la intrapsíquica versus la interaccional o transaccional. La misma elección necesita ser hecha entre los modelos intrapsíquico e interaccional del proceso terapéutico" (Rangell 1984, p.133).

Por nuestra parte, creemos que las decisiones ya fueron tomadas y que las controversias al respecto son dogmáticas en su origen. Pertenece a la naturaleza misma del concepto de transferencia el que éste deba ser complementado si es que debe llenar las demandas de la práctica terapéutica y de una teoría amplia de la cura. Lo mismo vale para la elección entre los modelos intrapsíquico e interaccional de la terapia. Después de todo, no se trata de una pregunta tipo "éste o aquél", sino más bien de un "tanto como también". ¿Podría llegarse a un compromiso espurio? De ninguna manera.

El psicoanálisis en su conjunto vive de la integración, mientras cada escuela particular trata de afirmar sus propias visiones unilaterales. Esta es la raíz de las continuas controversias, que en lo que sigue queremos ilustrar con algunos ejemplos típicos. En nuestra opinión, el reconocer el hecho de que estas controversias son dogmáticas en su origen, debe beneficiar la práctica psicoanalítica, pues la clarificación conduce al cambio, y esto no sólo en la terapia. Los siguientes ejemplos aclaran algunos problemas. La crítica de Rosenfeld (1972) al énfasis que pone Klauber (1972a) en la influencia personal del analista, alcanza el nivel de una polémica personal. Eissler (1958), al revés de lo que hace Loewenstein (1958), se para estrictamente la interpretación de la persona del analista. Brenner (1979a) creer poder mostrar, usando como ejemplo algunos de los casos de Zetzel, que la introducción de la alianza terapéutica y otros conceptos auxiliares sería totalmente superflua si solamente la transferencia fuera bien analizada. Este autor opina que tales muletas u otras

semejantes sólo son necesarias cuando se descuida el análisis de la transferencia. Y en efecto, él no tiene mayores dificultades para demostrar omisiones en los análisis de Zetzel. En una equilibrada toma de posición, Curtis (1979, p.190) destaca que el peligro reside en ver la alianza terapéutica y toda la familia de conceptos como una meta en sí misma, esto es, la meta de crear una nueva relación de objeto, correctiva, en vez de usar ésta como instrumento para el análisis de la resistencia y la transferencia. A la luz de esta argumentación, se hace claro por qué Stein (1981) pone incluso reparos al concepto freudiano de trans-ferencia no chocante, pues toda conducta, cualquiera que sea su origen, tiene as-pectos inconscientes que pueden, o, más aún, que deben ser interpretados en el aquí y ahora, aun en el caso de que no sean "chocantes". En la situación analítica siem-pre se descuida algo. Si se concentra la atención, como lo hacen Gill y Hoffman (1982), en lo que aporta el analista a la génesis de la "resistencia a la transferen-cia", se pueden perder de vista sus orígenes inconscientes, como con razón lo ha comentado Stone (1981b).

La rama más joven de esta familia de conceptos es la concepción total de Kohut de la transferencia en el marco de su teoría de los "objeto-sí mismos". Es total, en el sentido que Kohut (1984) considera las relaciones humanas y el ciclo de vida como la historia de procesos inconscientes que buscan y encuentran "objeto-sí mismos". Estos "objeto-sí mismos" son relaciones de objeto arcaicas en las cuales el sí mismo y el objeto, o, el yo y el tú, están fusionados. Estos objetos se des-ciben como parte del sí mismo y el sí mismo como parte de los objetos. Corres-pondientemente, las formas especiales de transferencia descritas por Kohut, esto es, la transferencia idealizada y la transferencia especular, ésta última con los sub-tipos de transferencia fusionada, gemelar y especular en sentido estricto, son va-riaciones dentro de una unidad interaccional. La teoría de Kohut se diferencia de otras teorías de relaciones de objeto por el énfasis excepcional en las expectativas exhibicionistas grandiosas que atribuye al niño pequeño. De acuerdo con Kohut, el desarrollo de una estable confianza en uno mismo depende del reconocimiento y de la respuesta a estas expectativas. La teoría kohutiana de los "objeto-sí mismos" pone en una relación genética los trastornos en las relaciones objetales y los tras-tornos de la confianza en sí mismo, en la cual el mostrarse y reflejarse en los ojos de la madre juega un rol extraordinariamente importante.

El que en la teoría de Kohut de los "objeto-sí mismos" la dependencia del medio se mantenga toda la vida, tiene para la técnica analítica tanto consecuencias gene-ales como específicas. Todos los pacientes dependen del reconocimiento, a causa de su inseguridad, y transfieren las correspondientes expectativas al analista. Kohut describe además transferencias de "objeto-sí mismo" específicas y ofrece una funda-mentación genética para su interpretación, refiriéndola a sus orígenes. Nos apo-yamos en el resumen que hacen Brandchaft y Stolorow (1984, pp.108-109):

Estas relaciones de "objeto-sí mismo" son necesarias para mantener la estabilidad y cohesión del sí mismo mientras el niño adquiere, paso a paso, la estructura psíquica que necesita para mantener su propia capacidad de regulación del sí mismo. El desarrollo de las relaciones de "objeto-sí mismo" refleja la continuidad y la armonía de los procesos evolutivos a través de sus distintas etapas jerárquicamente organizadas. En la "omnipotencia", la cual ha sido descrita como característica de las relaciones de objeto arcaicas (M. Klein, Rosenfeld, Kernberg), podemos reconocer la persistencia de las confiadas expectativas de que estas necesidades de "objeto-sí mismos" serán satisfechas. Donde persisten necesidades arcaicas de "objeto-sí mismo", se ha interrumpido la diferenciación, integración y consolidación de las estructuras del sí mismo y la línea evolutiva de las relaciones de "objeto-sí mismo". Así, se continúan necesitando, esperando y usando "objeto-sí mismos" arcaicos, pobremente diferenciados e integrados, como substitutos de estructuras psíquicas faltantes.

La relación con el analista es así modelada según expectativas inconscientes totales que parecen requerir un tipo de reflexión totalmente diferente de aquel que Freud introdujo con su analogía del espejo. Aunque Kohut (1984, p.208) enfatiza que él aplica el método psicoanalítico de una manera aún más estricta que la prescrita por Eissler en su modelo técnico ideal, pareciera que a través de las interpretaciones de transferencias de "objeto-sí mismo" se proporciona mucho reconocimiento. Discutiremos este tema con mayor detalle en el capítulo 4.

Esta muestra representativa de controversias contiene reparos que pueden ser correspondientemente justificados, porque siempre es más fácil mostrar que un analista ha dejado pasar oportunidades de interpretar la transferencia. Estas controversias pueden alcanzar un nivel de discusión productivo si se reconocen sus diferentes asunciones teóricas y se superan las ortodoxias de las distintas escuelas.

Los representantes de la escuela de Klein y los seguidores del modelo técnico ideal de Eissler tanto como Kohut y su escuela, se diferencian entre sí en sus correspondientes contenidos transferenciales típicos. Al mismo tiempo, se aferran firmemente a sus respectivas maneras puristas de entender la transferencia.

A pesar de que precisamente el hecho de que cada escuela describa contenidos transferenciales típicos habla a favor de la influencia del analista en tales contenidos, las escuelas no han sacado de esto ninguna consecuencia. Es casi indudable que una relativización del propio punto de vista del analista sería inevitable si tales consecuencias se extrajeran. Las diferentes teorías estacan de distintas maneras el campo de la transferencia y los diversos enfoques técnicos lo abordan y cultivan de forma también diferente. Las transferencias se definen desde la no transferencia y viceversa. Desde un punto de vista tanto teórico como práctico es entonces indispensable complementar las teorías de la

transferencia que se orientan al pasado. Por otro lado, es comprensible, como también iluminador, que en las escuelas estrictas se desdeñe la alianza de trabajo independiente de la transferencia, pues con eso se remplazaría un modelo intrapsíquico de la transferencia y de la terapia por una conceptualización interpersonal. En la práctica psicoanalítica no dependiente de escuelas, hace tiempo que las decisiones fueron tomadas siguiendo esta línea. Del mismo modo, la controversia de Sandler y Rangell sobre el aquí y ahora de las interpretaciones transferenciales va mucho más allá de prioridades en la técnica de interpretación. El cambio, aparentemente inofensivo, en el enfoque del analista, cuando ahora en primer lugar se pregunta "¿qué está sucediendo ahora?", tiene enormes consecuencias terapéuticas y teóricas, que afectan, por ejemplo, la importancia relativa que se asigna a la construcción y la reconstrucción. Cuando se parte de la relación transferencial actual completa, se reconoce el enfoque interaccional, bipersonal y con ello la influencia del analista en la transferencia. Es por lo tanto equívoco hablar sólo de una ampliación en el concepto de transferencia. Se trata de un cambio de perspectiva que desde hace tiempo se ha venido preparando en la práctica psicoanalítica; pues la relación entre el "aquí y ahora" y el "allá y entonces" se ha visto siempre como importante, aunque sólo hace poco se ha considerado lo mucho que influimos en lo "que está sucediendo ahora".

El nuevo objeto como sujeto: de la teoría de las relaciones de objeto a ...  
Los síntomas neuróticos, psicóticos y psicosomáticos tienen sus raíces en la historia vital del paciente y la observación de repeticiones e intensificaciones conflictivas ofrece conocimientos esenciales sobre sus conexiones psicogenéticas y psicodinámicas. Desde el punto de vista terapéutico, es decisivo saber cuánto tiempo y con cuánta intensidad el analista usará los anteojos retrovisores, cuándo se pondrá los lentes para mirar de cerca y dónde se posará su mirada a distancia. La relación entre las diferentes perspectivas determinan en una alta proporción lo que se verá como transferencia. Finalmente, ¿cómo apreciar la comprensión totalizante de la transferencia, en la cual la relación con el analista es central?  
Las interpretaciones de la transferencia son válidas para varios niveles de esta relación de objeto, que para el paciente son preconscientes o inconscientes. La perspectiva del paciente se profundiza y se extiende en la confrontación con las opiniones del analista. Aunque el ideal es la comunicación mutua, la influencia del analista puede llegar a ser particularmente grande si éste opta por una concepción ampliada y totalizante de la transferencia (relación transferencial). De esta manera, Balint criticó las interpretaciones estereotipadas de la transferencia que hacen al psicoanalista todopoderoso y al paciente extremadamente dependiente. Esta crítica apuntaba a la técnica kleiniana, en la cual la relación transferencial es vista exclusivamente como una repetición. Mientras más interpretaciones transferenciales se den, más importante es



considerar los desencadenantes reales en el aquí y ahora y no perder de vista la realidad externa del paciente.

Esperamos haber mostrado la necesidad de reconocer la alianza terapéutica (la relación real de Freud) como un componente terapéutico esencial de la situación analítica y la necesidad de tenerla sistemáticamente en cuenta. De otra manera nos quedamos prisioneros en la paradoja de Münchhausen, según la cual la transferencia debe tirarse de sus propios cabellos para no empantanarse. Schimek (1983, p.439) habló en este sentido de la paradoja clínica que significa el usar el poder de la transferencia para resolver esta misma transferencia. Ya Ferenczi y Rank habían llamado la atención sobre esta paradoja en su libro *Metas evolutivas del psico-análisis* [Entwicklungsziele der Psychoanalyse (1924, p.20)], donde leemos que sería una contradictio in adjecto pretender usar el amor que el paciente siente por el médico para ayudarlo, precisamente, a renunciar a este amor.

Finalmente, quisiéramos enfatizar que cuando hablamos de la capacidad del paciente para establecer una alianza de trabajo, no se trata de rasgos constantes de personalidad. Lo que el analista aporta a la díada terapéutica puede reforzar positivamente o debilitar negativamente la alianza. Liberman habla de un tipo de inter-acción iatrogénica cuando el analista falla en su capacidad de entender globalmente al paciente (cit. por Lerner y Nemirovsky 1986). E. y G. Ticho (1969), en particular, señalaron la reciprocidad entre la alianza de trabajo y la neurosis de transferencia.

Luborsky (1984), entretanto, ha presentado evidencia empírica de que la alianza de trabajo tiene una influencia decisiva en el curso y resultados del tratamiento. La prueba del cambio, a la cual Freud (1909b) recurrió en base a razones teóricas y prácticas, justifica y a la vez limita tanto el margen de libertad del método psico-analítico, como la influencia que el analista gana a través de su manejo de la transferencia como parte vital del proceso analítico.

## **2.6 El nuevo objeto como sujeto: de la teoría de las relaciones de objeto a la psicología bipersonal**

Freud habló del "nuevo objeto" y de la "nueva lucha" que libera de la transferencia: la primera fase del trabajo terapéutico es la génesis de la transferencia a través de la liberación de la libido de los síntomas y la segunda fase es la lucha por el nuevo objeto, el analista (Freud, 1916-17, pp.414-5). Es claro que el lado innovador de la lucha consiste en el nuevo objeto cuyas cualidades fueron especialmente elaboradas por Loewald (1960). El que simultáneamente apareciera el influyente libro de Stone sobre la situación analítica (1961), habla a favor del productivo espíritu de los tiempos (Zeitgeist) del psicoanálisis. Creemos que el camino hacia el nuevo objeto debe pasar inevitablemente por el reconocimiento de que el sujeto es el observador participante que interpreta guiado por sus sentimientos y por su teoría. El peso del trabajo terapéutico no

es llevado por un nuevo objeto sino por una persona, por el psicoanalista. A través de sus interpretaciones, éste muestra al paciente, paso a paso, cómo él lo ve, poniendo así a su alcance visiones y conocimientos nuevos y distintos sobre sí mismo, lo cual posibilita los cambios. El nuevo sujeto tiene un efecto innovador sobre el paciente. ¿Cómo puede la sugestión, parte de la transferencia que se trata de eliminar, producir cambios? Las repeticiones no se eliminan por el mero hecho de disuadir al paciente de ellas mediante sublimación sugestión interpretativa. Esto debería, sin embargo, explicar los cambios terapéuticos si se quisiera incluir la influencia del psicoanalista en la analogía de la transferencia y la sugestión.

Freud elaboró tales analogías y con eso contribuyó a las unilateralidades que postergaron un entendimiento más profundo de la función terapéutica del nuevo sujeto.

La persona del médico con la cual el paciente tiene un "rapport" formal en una "transferencia operativa" es, en la teoría de la técnica de Freud, sólo "una de las imágenes de aquellas personas de quienes [el paciente] estuvo acostumbrado a recibir amor" (Freud 1913c, p.140). El sujeto es también ciertamente usado como objeto, como lo señala Winnicott (1971). En el objeto se escenifican las transferencias. El problema terapéutico consiste en la resolución de la repetición, en interrumpir el círculo vicioso neurótico que se autoperpetúa. Ahora se trata de dos personas que pueden comportarse autocríticamente. Para quebrar el círculo vicioso de la repetición compulsiva, es esencial que el paciente, como dijo Loewald, pueda descubrir algo nuevo en el objeto. El analista como persona no corresponde, parcial o quizás totalmente, a las expectativas del paciente en ciertas áreas -en especial en el campo de los síntomas o de determinadas dificultades de vida- expectativas que hasta entonces han sido siempre llenadas por virtud de mecanismos dirigidos desde el inconsciente. Freud habitualmente explica lo "nuevo" en términos de patrones bio-gráficos, de la credulidad infantil. El siguiente es un ejemplo: "Tal influjo personal es nuestra más poderosa arma dinámica, es lo nuevo que introducimos en la situación y aquello mediante lo cual lo fluidificamos. [...] El neurótico se pone a trabajar porque presta crédito al analista. También el niño cree sólo a las personas de quienes depende" (Freud 1926e, p.210; la cursiva es nuestra).

A causa de que la teoría psicoanalítica de las pulsiones habla del objeto, y este uso del lenguaje también se continuó en la psicología de las relaciones objetales, se ha pasado por alto que tenemos que ver con seres vivientes, con personas que se afectan unas con otras. El psicoanalista ofrece al menos soluciones implícitas, incluso no dichas, cuando cree estar hablando nada más que de transferencias. Hoy en día sabemos, gracias a los muchos y fundamentados estudios sobre la praxis de Freud que Cremerius (1981b) examinó e interpretó críticamente, que el fundador del psicoanálisis tenía un concepto amplio y pluralista del tratamiento y que usó un amplio espectro de medios terapéuticos. Sin embargo, la revolucionaria significación de la

introducción del sujeto en la observación y en la terapia permaneció oculta, porque los difíciles problemas asociados a ésta eran un grave peso para la teoría y la práctica psicoanalítica. Sólo en las décadas recientes ha llegado a ser posible resolver estos problemas (véase, por ejemplo, Polanyi 1958).**(5)** Freud trató de reeliminar el sujeto inmediatamente y de trasladarlo hacia afuera del terreno de la "tecnología psicoanalítica" (Wisdom 1956; véase cap. 10). El sujeto emerge nuevamente en la discusión sobre la técnica de tratamiento, esta vez reducido a la contratransferencia, que debe ser mantenida en un mínimo para salvar la objetividad. Freud deja al sujeto en el área extratécnica y es allí donde la persona real del analista ha permanecido, hasta tiempos recientes, en la teoría de la técnica. Actualmente, empero, ocurren transformaciones que cambian el paradigma terapéutico y teórico de Freud. En su publicación pionera, *The point of view of psycho-analysis: Energy discharge or person?* ("El punto de vista del psicoanálisis: ¿descarga energética o persona?"; 1983), Gill alegó convincentemente a favor de la integración entre la interacción interpersonal e intrapsíquica y por la síntesis de la teoría de las pulsiones y la teoría de las relaciones de objeto. El que un autor que por más de tres décadas contribuyera, junto a Rapaport (1959), a expandir los puntos de vista metapsicológicos, considere ahora a la persona como más central que la descarga energética, y a la cual todo lo demás debe ser subordinado, es algo que por sí sólo debe dar que pensar. Científicamente es más importante, por cierto, el hecho de que las observaciones psicoanalíticas cambien bajo la perspectiva del primado de la persona, y el cómo lo hacen, o, más correctamente, bajo el punto de vista de la concepción de Gill de la interacción entre las personas.

Los pilares centrales del psicoanálisis -transferencia y resistencia- fueron contruidos sobre la base de un "desapego" (detachment; en inglés en el original) científico idealizado (Polanyi 1958, p.VII) y la eliminación de las fallas de construcción resultantes no pueden sino aumentar su capacidad de sostén. Como sabemos por Lampl-de Groot (1976), Freud trabajó en dos niveles terapéuticos: algunas veces en el de la relación, otras en el de la transferencia. Según Lampl-de Groot era claro cuando Freud se dirigía a ella como persona real y cuando lo hacía como objeto transferencial. La diferenciación entre estos dos aspectos debe haber sido muy marcada, pues relación y transferencia no son sólo sistemas complejos en sí mismos, sino que también están íntimamente entrelazados. Este entrelazamiento hace surgir muchos problemas teóricos y prácticos para los cuales Freud encontró una solución monádica en el modelo de terapia ideal y una solución diádica en la práctica.

Cimentar la visión pluralista en el paradigma teórico, y no sólo practicarla, significa investigar las implicaciones de todas las influencias del psicoanalista en el paciente y viceversa. No hay para esto un modelo a seguir. En los últimos años ha llegado a hacerse público el modo como Freud practicó el psicoanálisis. El modelo que se transmitió fue el monádico, el que fue cultivado

por los sucesores con el objeto de lograr la forma más pura de transferencia. En los hechos, en toda la obra de Freud no hay ninguna discusión detallada de la "relación real" actual. La influencia del analista se retrotrae a sus precursores en la historia vital del pa-ciente, esto es, a los padres, en términos de transferencia no chocante (unanstößi-ge), lo cual necesariamente conduce a confusiones (Sandler y cols. 1973). La relación real parece constituirse en oposición a la transferencia y estar amenazada por ésta: bajo el efecto de una transferencia intensa, el paciente puede ser arrojado fuera de la relación real con el médico (Freud 1912b, pp.102-5; 1916-17, p.403). Y la discusión quedó en este punto: en descripciones globales o negativas (distorsión de la relación real por la transferencia). Así, se agregará más tarde que no toda buena relación (terapéutica) debe ser vista como transferencia; también puede estar fun-dada en la realidad (Freud 1937c, p.224). No tenemos palabras para describir algo nuevo, incluyendo en esto los componentes innovadores en las estrategias para la solución de problemas. Según Anna Freud (1937), denominamos transferencia a todo aquello que no es nuevo en la situación analítica. Por esta razón, la es-pontaneidad de la neurosis de transferencia, que de acuerdo con ella no es creada por el médico, es enfatizada una y otra vez. Consecuentemente, la "abolición" o "des-trucción" de la neurosis de transferencia (Freud 1905e, p.102-3) debe necesari-amente conducir a la eliminación de los síntomas, desde el momento en que, co-mo Freud lo planteara más tarde (1916-17, p.412), cuando la transferencia ha sido "descompuesta" (zersetzt) o "desmontada" (abgetragen), entonces es que, de acuerdo con la teoría, se han alcanzado aquellos cambios internos que son indispensables para el éxito de la terapia. Sólo raramente la obra de Freud trae a la conciencia lo mucho que el psicoanalista contribuye a la solución de problemas del paciente y con eso también a sus nuevas posibilidades, a su capacidad de tomar decisiones libres.

## **2.7 El reconocimiento de las verdades actuales**

La profunda intranquilidad que Freud, el médico y el científico, despertó en el ser humano con el descubrimiento de la transferencia, aún se mantiene. Después del descubrimiento en 1895 (véase Proyecto de Psicología en: Freud 1950a), Freud subrayó en el epílogo del caso Dora (cuyo tratamiento terminó en diciembre de 1900 y que fuera escrito como historia clínica en enero de 1901), el significado de la transferencia como el factor terapéutico esencial. La idea de que "destruimos" la transferencia al hacerla consciente, tiene su origen en el epílogo del caso Dora, en el Fragmento de análisis de un caso de histeria (Freud 1905e). Más tarde, en las Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-17), Freud escribió que tenemos que "obligar" al paciente a reemplazar el repetir por el recordar.

Este es uno de los signos que muestran que la intranquilidad aún persiste. El problema ha resistido ser solucionado a través de las reglas de tratamiento que entretanto han sido formalizadas, aunque una de sus metas principales haya sido precisamente el facilitar el manejo de la transferencia. La agresividad de las me-táforas freudianas (disección, destrucción), hacen sospechar que él también se sentía afectado por la verdad actual situacional, es decir, por el aspecto realístico de toda transferencia. Hay muchas maneras de rechazar las observaciones realísticas del paciente y por más paradójal que suene, una de las más extendidas es la interpretación transferencial. La interpretación transferencial a que nos referimos es la que se da cuando el paciente ha hecho observaciones relevantes que son realistas y así en principio, potencialmente correctas. En vez de aceptar la percepción como plausible, o de poner la atención en el efecto de la observación realista en el in-consciente y en su puesta en escena en la transferencia, el analista ofrece a menudo interpretaciones que sólo toman en cuenta la distorsión de la percepción, como por ejemplo: "Ud. quiere decir que yo me alejo de Ud. como su madre lo hacía ..., o, yo me podría enojar como su padre". Es verdad que el desplazar un impulso hacia el pasado puede tener un efecto aliviador, pues el paciente es así liberado de un impulso egodistónico en el presente, como lo describiera A. Freud (1936). Sin embargo, la forma que toma la interpretación transferencial es de vital importancia. Si ésta es construida como si el paciente estuviera inventando todo lo que se refiere al aquí y ahora, entonces la verdad situacional en la percepción del paciente es ignorada, lo cual a menudo conduce a serios rechazos e irritaciones con la consecuente agresión por parte de éste. Si estas agresiones son a su vez interpretadas como reediciones o como antiguos clisés (Freud 1912b, p.97), o sea como transferencias, tenemos entonces ante nosotros la situación que A. Freud trajera a discusión. Ella señala el hecho de que "analista y paciente son también personas reales, del mismo status adulto, en una mutua relación real" y lanza la pregunta de "si acaso nuestro descuido -a veces total- de este aspecto del problema no es responsable de algunas de las reacciones hostiles que provocamos en nuestros pacientes y a las cuales adscribimos solamente el carácter de 'transferencias genuinas'" (A. Freud 1954a, pp.618-619). La descripción de Balint (1968) de los artefactos, en el sentido de repeticiones reforzadas reactivamente, tampoco previene en contra de contentarnos con plantear hoy en día sólo tímidas preguntas al respecto. No sólo son importantes las consecuencias de la relación real en el proceso terapéutico, sino que también lo es el reconocimiento de la enorme influencia del analista en la transferencia. No podemos seguir ignorando por más tiempo el hecho de que la "hipocresía de la práctica profesional" -sobre cuya realidad nos llamara la atención Ferenczi (1955 [1933])- puede incluso producir deformaciones neuróticas transferenciales. Freud (1937d, p.270) asumió que aun detrás de las falsas percepciones psicóticas se encuentran "verdades históricas" (lebensgeschichtliche, de la "historia de vida").

Estas verdades históricas, en su relevancia histórico personal, pueden ser, en el mejor de los casos, reconstruidas. Las verdades actuales, en cambio, pueden ser de-mostradas ad oculos, y con su reconocimiento se puede aclarar el componente de la transferencia que fue afectado o provocado desde el analista. La inquietud de que la aceptación de las percepciones realistas del paciente pudieran manchar y desfigurar la transferencia posterior al reconocimiento, es infundada. Muy por el contrario, a través de las contribuciones del paciente, es posible alcanzar verdades más pro-fundas. Si las verdades situacionales realistas son aceptadas como tales, es decir, integradas en la técnica interpretativa, como elementos al comienzo autónomos, el procedimiento no difiere entonces de aquel que parte de los restos diurnos y que los toma en serio. Con esto el analista no revela detalles de su vida privada y no hace confesiones (véase Heimann 1970, 1978; Thomä 1981, p.68). La atmósfera cambia radicalmente con la admisión, como algo natural, de que las observaciones del paciente en el aquí y ahora y en la oficina del analista pueden ser absolutamente correctas. De acuerdo con Gill, en casos de duda es esencial que, al menos, se asuma la plausibilidad de las observaciones del paciente. Y esto por las siguientes razones: nadie está en la posición de sondearse en un perfecto conocimiento de sí mismo o de controlar los efectos de su inconsciente. Por esta razón se debiera estar abierto a la posibilidad de que el paciente perciba algo que se escapó a la atención propia. Finalmente, cualquier argumentación acerca de quién tiene la razón, terminará con la retractación del paciente a causa de su dependencia y éste sentará como experiencia que sus indicaciones ad personam no son bienvenidas. En esta situación, el analista no habría dado un buen ejemplo de serenidad ni mostrado ninguna disposición a tomar las opiniones críticas de otro como punto de partida para reflexiones autocríticas. Los trabajos de Gill y Hoffman (1982) muestran que la influencia del psicoanalista en la configuración de la transferencia puede ser sistemáticamente investigada.

El ideal del espejo reflector puro debe ser abandonado, no sólo porque es inalcanzable y porque desde un punto de vista epistemológico conduce únicamente a confusiones; desde el punto de vista psicoanalítico, es incluso terapéuticamente dañino correr tras este espejismo, pues el paciente puede experimentar la pura reflexión especular de sus preguntas como rechazo. A veces no es mera invención del paciente el que sus observaciones y preguntas son por lo menos incómodas (véase también 7.4). La reflexión especular de las preguntas es experimentada como evasión; las verdades actuales serán así evitadas. Pacientes especialmente dispuestos desarrollan con esto regresiones malignas, en el curso de las cuales las verdades históricas llegarán también a deformarse, porque las percepciones contemporáneas realistas están obstruidas. Aunque parezca que el paciente está diciendo todo lo que le ocurre, él ya ha registrado preconsciousmente los puntos sensibles del analista e inconscientemente los evita. A menudo no se trata de ilusiones o de sentimientos transferidos; el paciente no sólo siente que ésta o tal pregunta u

observación puede no ser bienvenida: muchas veces sus observaciones críticas y realistas no son bienvenidas. No es posible arreglárselas bien con estos problemas si el narcisismo propio impide el reconocimiento de las observaciones realistas. Si al contrario, se intenta basar la técnica interpretativa en las realidades situacionales y sus consecuencias para la transferencia, ocurren entonces cambios esenciales. Estos cambios no sólo afectan el clima de la relación, sino también facilitan el establecimiento de una relación terapéutica efectiva, en la medida en que en el aquí y ahora se hacen nuevas experiencias que contrastan con las expectativas transferenciales. En este lugar parece natural dar un sentido particular a la afirmación de Freud citada más arriba, de que los conflictos son elevados al más alto nivel psíquico y así abolidos: el reconocimiento por el analista de las percepciones realistas del paciente, posibilita a éste llevar los actos psíquicos a su plenitud y alcanzar el acuerdo con el sujeto/objeto que es uno de los prerequisites más importantes en la formación de la constancia de objeto y del encontrarse a sí mismo. El poder completar los actos psíquicos de esta manera caracteriza, en la situación analítica, las experiencias genuinas y terapéuticamente efectivas.

Si por el contrario, las interpretaciones del psicoanalista ignoran, a través de reducciones genéticas, las percepciones realistas actuales, o simplemente las retro-traen a distorsiones, se originan consecuencias desfavorables para la nueva "neurosis artificial", como Freud también llamó la neurosis de transferencia. En este punto, se trata nada menos que de una violación del amor por la verdad, que Freud (1937c, p.249) quería practicar a través del reconocimiento de la realidad. Sin embargo, el problema mismo de cómo el analista reconoce las percepciones realistas, permanece hasta el día de hoy sin resolverse desde el punto de vista técnico. Así como en la base de los procesos psicóticos se encuentra la negación de la verdad histórica, del mismo modo la falla en reconocer las verdades actuales puede originar neurosis de transferencia caóticas o incluso psicosis de transferencia. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la suma de un número interminable de rechazos de percepciones realistas registradas inconscientemente, puede conducir a una pérdida parcial de la realidad. Por lo tanto, apenas se puede dudar de que la configuración de la neurosis de transferencia por el analista codetermina también la terminación del tratamiento y la mayor o menor resolución de la transferencia. Las dificultades de fondo en la resolución de la transferencia se relacionan probablemente, y más allá del caso individual, con la gran subestimación de los efectos de la relación biper-sonal en el curso del tratamiento.

## **2.8 El "aquí y ahora" en una nueva perspectiva**

Hemos tratado de mostrar que en la situación analítica nos vemos enfrentados con complejos procesos de influencia recíproca. De manera correspondiente, las investigaciones sistemáticas son metodológicamente difíciles y costosas. Cómo la persona real del analista, a través de su ecuación personal, de su contratransferencia, de sus teorías y su antropología latente impacta al paciente, es algo que no puede captarse en su totalidad, ni clínica ni científicamente. Por eso, siempre vuelve a aparecer el típico dilema: por un lado, con la complejidad de la persona real no se puede operar técnicamente, pero por otro lado, la investigación de un corte del aquí y ahora no hace justicia a la complejidad de la situación. Pero, ¿en las dificultades se prueban los maestros! Los estudios cualitativos y cuantitativos de Gill y Hoffman (1982) se centran en el tema de la resistencia a la transferencia, incluyendo la contribución del analista a su génesis y modificación en el aquí y ahora. Es de hacer notar que se deben subrayar ambos aspectos de esta resistencia contra la transferencia. El aquí y ahora es evidente si consideramos que el cambio terapéutico puede solamente tener lugar en el momento actual. Por supuesto, Gill y Hoffman también asumen que la resistencia (y la transferencia) se origina parcialmente en el pasado, pero enfatizan los aspectos situacionales, actuales, de la resistencia a la transferencia. Ellos dan las siguientes razones para darle menor importancia a la explicación reconstructiva: en la técnica psicoanalítica la contribución del analista a la transferencia y resistencia fue descuidada; la reconstrucción de su génesis debe comenzar por lo tanto también en el aquí y ahora. En nuestra opinión, sólo es posible llegar, de una manera terapéuticamente efectiva y teóricamente convincente, a los determinantes tempranos de los estados neuróticos, psicóticos y psicosomáticos, si se parte con los factores que mantienen ese estado en el aquí y ahora, aun cuando se lo haga desde las conexiones causales. Este es precisamente el punto central de la teoría de Gill y Hoffman. Es un hecho digno de hacer notar el que el aquí y ahora, pivote central de la terapia, sólo recientemente haya ocupado de manera plena el lugar destacado que se merece. La extensión simultánea del concepto de transferencia, según la cual ésta es ahora entendida por muchos como la totalidad de las relaciones objetales del paciente al analista, ha sido ya descrita más arriba (sección 2.5) como un signo de una transformación radical. La mirada retrospectiva y la reanimación de los recuerdos han estado siempre al servicio de su resolución, en orden a expandir la perspectiva hacia el futuro.

Aunque la repetición ha dominado el entendimiento tradicional de la transferencia, quisiéramos citar dos impresionantes pasajes de Freud, cuyo potencial terapéutico y teórico es, en nuestra opinión, sólo hoy plenamente utilizable. En Recordar, repetir y reelaborar (1914g, p.156) se dice que:

La transferencia crea así un reino intermedio entre la enfermedad y la vida, en virtud del cual se cumple el tránsito de aquella a ésta. El nuevo estado ha



asumido todos los caracteres de la enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial asequible por doquiera a nuestra intervención.

En las Conferencias de introducción al psicoanálisis leemos:

La iniciación del tratamiento no pone fin a ese desarrollo [de la enfermedad], pero, cuando la cura se ha apoderado del enfermo, sucede que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber, la relación con el médico. La transferencia es comparable así a la capa de crecimiento celular situada entre la corteza y la pulpa de un árbol, de la que surgen la nueva formación de tejidos y el espesamiento del tronco. Pero cuando la transferencia ha cobrado vuelo hasta esta significación, el trabajo con los recuerdos del enfermo queda muy relegado. No es entonces incorrecto decir que ya no se está tratando con la enfermedad anterior del paciente, sino con una neurosis recién creada y recreada, que sustituye a la primera (1916-17, p.404).

No es de maravillarse que las enormes implicaciones de estas comparaciones sigan siendo desconcertantes para el psicoanalista. Si estas metáforas se trasladan a la práctica y se ve la transferencia como el cámbium, esto es, un tejido vegetal capaz de división durante toda la vida, entonces el crecimiento y proliferación de la transferencia, en todas sus formas y contenidos, llega a ser también una magnitud dependiente de la influencia del analista.

En realidad, en la práctica terapéutica todos los analistas parten del presente, del aquí y ahora. Construyen o reconstruyen, ellos interpretan el pasado a la luz de los insights ganados en el presente. Reconstruimos la porción de la transferencia cuya génesis sospechamos está en el pasado, partiendo desde el aquí y ahora. En base a esto, nuestro tiempo se caracteriza por la discusión sobre la narrativa psicoanalítica, en la cual Schafer (1982) y Spence (1982a) han tomado posiciones extremas (para una revisión del tema, véase Wetzler 1986 [1985]).

Puesto que los seres humanos ya desde lactantes están orientados hacia el medio ambiente y ya que en psicoanálisis encontramos objetos aun en las fantasías narcisistas -incluso si se dan "objeto-sí mismos" de Kohut en un nivel totalmente in-consciente- entonces la transferencia no puede ser otra cosa que una relación de objeto. En otros tiempos no es mucho lo que se cacareó tal perogrullada (véase Sterba 1936 y sec. 2.5). Aun el mismo Nunberg, quien entendió el setting analítico como estrechamente análogo a la ligazón hipnótica del paciente por su doctor, dio a la transferencia una referencia objetal autónoma:

En la medida que [...] como en la transferencia, deseos e impulsos se dirigen hacia objetos del mundo exterior, [...] la transferencia es independiente de la compulsión a la repetición. La compulsión a la repetición señala hacia el

pasado, la transferencia hacia la actualidad (realidad) y así, en un sentido, hacia el futuro (Nunberg 1951, p.5).

El aporte del analista a la transferencia le da a ésta una importancia procesal. Tanto en su génesis como en su desvanecimiento, las circunstancias desencadenantes e innovadoras de la situación analítica deben tomarse más en serio aún que el pasado y su repetición parcial, pues sólo en el presente se encuentra la oportunidad para los cambios, y con ello el desarrollo futuro del paciente y su dolencia. La expansión del modelo de proceso terapéutico psicoanalítico en las últimas décadas tiene que ver con la solución de un problema que Gill (1982, p.106) describe así:

Tan importante es, sin embargo, el reconocimiento de la distinción entre los roles técnico y personal del analista, que yo creo que la tendencia actual de disolver completamente esta distinción, es un signo de un problema más básico: la falla en reconocer la importancia de la conducta real del analista y de las actitudes realistas del paciente y cómo ellas deben ser consideradas en la técnica.

La reconstrucción llega a ser ahora lo que en la práctica siempre fue: un medio para un fin. La adaptación del manejo de la transferencia al objetivo del proceso psicoanalítico -cambio estructural, con el cambio sintomático que del mismo depende lógicamente- es una conditio sine qua non de esta argumentación. Siguiendo a Freud (1916-17, p.411), estamos, por último, de acuerdo en que la posibilidad de influir sobre el paciente pone, a decir verdad, en duda la objetividad de nuestros hallazgos. Esta duda puede ser, sin embargo, disipada. Freud interpreta la evidencia de la eficacia terapéutica como una prueba de la validez de sus asunciones teóricas. Cuando se superan con éxito las resistencias, el cambio sintomático es una consecuencia necesaria y empíricamente verificable; más allá de los sentimientos de evidencia, de verdad puramente subjetiva, que se encuentran en ambos participantes en el proceso psicoanalítico. El influjo psicoanalítico se justifica por la comprobación del cambio que puede ser teóricamente fundamentado, especialmente cuando éste a su vez ha sido objeto de reflexión e interpretación. En el proceso de interpretación, que se refiere a aquellas "representaciones-expectativa" conscientes e inconscientes del paciente (Freud 1916-17, p.412) y que el analista sospecha a partir de indicios, este influjo no puede ser ignorado y esto por razones de principio: como acción intencional orientada a un fin, forma parte de toda intervención terapéutica. Si el analista entrega su aporte a la transferencia desde el comienzo mismo, en plena conciencia de su función como nuevo sujeto-objeto, entonces se produce una profundización y ampliación esencial del paradigma terapéutico del psicoanálisis, que actualmente está en pleno auge. La discusión entre Grünbaum (1982) y M. Edelson (1983) muestra que quedan por solucionarse considerables problemas teóricos.

Para hacer total justicia al rol de la intersubjetividad o de la psicología biper-sonal en la técnica psicoanalítica, es necesario ir más allá, tanto de las teorías tra-dicionales de relaciones de objeto como del modelo de descarga de impulsos. Todos los objetos esenciales al hombre se constituyen desde el mismo comienzo en un espacio intersubjetivo que está inundado por sensaciones de placer vitales ("vital pleasures", G. Klein 1969), sin que sea posible ligarlos estrechamente con el mo-delado de descarga de impulsos. Después que Greenberg y Mitchell (1983), en un ex-celente estudio, mostraran que los modelos psicoanalíticos del impulso y el de la relación no son compatibles, parece lógico buscar caminos de integración en un nuevo nivel.

En el capítulo 4 aplicaremos los puntos de vista fundamentales aquí discutidos, en la presentación de formas típicas de transferencia y resistencia, incluyendo las acuñadas por escuelas específicas, y los utilizaremos para entender el proceso psi-coanalítico (cap. 9) y las interpretaciones transferenciales (véase 8.4). A decir ver-dad, es posible deducir, en base a consideraciones puramente teóricas, que al menos la llamada transferencia no chocante no puede ser resuelta, pero es sólo reciente-mente cuando las nuevas investigaciones han mostrado, esta vez empíricamente, de qué modo tan decisivo y desde el mismo comienzo, el manejo de la transfe-rencia determina el resultado.

## Fussnoten

---

1 Münchhausen es un personaje de la historia alemana, famoso por su mitomanía y por su capacidad para entretener con sus fantásticas aventuras. El episodio a que el texto alude se refiere a aquella vez en que Münchhausen contó haber caído con su caballo en una ciénaga, de la cual se habría salvado cogiéndose él mismo por sus propios cabellos (nota de los traductores).

---

2 Si en la práctica se da la posibilidad de que un analista cambie de estilo comu-nicativo de acuerdo con el estilo del paciente, es algo que, en principio, podría ser demostrado empíricamente. El grupo que trabaja en el proyecto de investigación en psicoterapia (y psicoanálisis) de Berlín, informó recientemente de resultados que apuntan claramente a un tipo de interacción curativa o no curativa, pero consideran-do, respectivamente, los distintos tipos (o estilos) de personalidad de paciente y analista (conferencia anual de la S.P.R. International Society for Psychotherapy Research, Ulm 1987). Esto confirmaría la idea de un tipo de pareja analítica ideal según el caso. La pregunta es hasta qué punto el yo del analista es (o puede ser) tan plástico como para cambiar de estilo comunicativo según el estilo que propone el paciente (nota de J.P. Jiménez).

---

3 Con todo, autores como B. Joseph y R. Riesenberg Malcolm insisten en la necesidad de situarse en el nivel comunicativo en el cual se está dando la relación en el "aquí y ahora" (comunicación personal a J.P. Jiménez). Esto implica (en contra de algunos ejemplos de interpretaciones de Segal y de Meltzer) el uso de un tipo de lenguaje adulto y no uno de "objeto parcial". A propósito de la interpretación de la ansiedad de separación, tema muy querido por los analistas kleinianos, Etchegoyen (1986) insiste, siguiendo a Resnik (1967), que primero es necesario ponerse "a 'buscar' al paciente en [algún] lugar del infinito espacio, donde lo encontraremos dentro del objeto en que se metió; primero tendremos que encontrar al analizado y entonces traerlo a la sesión. Sólo entonces podremos hacer una interpretación en el aquí y ahora porque, evidentemente, si el paciente no está 'aquí', de nada vale hacer una interpretación en el hic et nunc" (pp.529-530; la cursiva es mía; nota de J.P. Jiménez).

---

4 La manera como el analista kleiniano, trabajando finamente en el detalle de la transferencia, tanto en sus aspectos verbales como no verbales, pretende captar las "situaciones totales" arcaicas (relaciones de objeto primitivas que, por el juego en-tre proyección e introyección, en el marco de las ansiedades tempranas, son sentidas como peligrosas, y que incluyen también las primitivas defensas contra ellas, y que habían sido conservadas en el inconsciente casi intactas), puede apreciarse en un trabajo reciente de R. Riesenberg Malcolm (1986) (nota de J.P. Jiménez).

---

5 La introducción explícita "del sujeto en la medicina" de von Weizsäcker carece de la metodología que podría haber resuelto los problemas terapéuticos y teóricos del tipo especial de encuentro interpersonal en psicoterapia.

### **3. Contratransferencia**

#### **De cómo Cenicienta se transformó en princesa**

##### **3.1 De cómo Cenicienta se transformó en princesa**

Ya desde su descubrimiento, la contratransferencia fue puesta por Freud (1910d) en una relación dinámica con la transferencia del paciente: ella surge "en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente" (1910d, p.136). Freud subraya que "cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores" (1910d, p.136). Así, se establece para el analista la necesidad de someterse a un análisis didáctico para liberarse de sus propios "puntos ciegos".

La contratransferencia mantuvo durante decenios un significado negativo debido a que las recomendaciones técnicas de Freud, que encontraron su expresión en metáforas de gran impacto, tales como "refleja como un espejo" o "sé como un frío cirujano", fueron tomadas de manera literal. El fundador del psicoanálisis debió darle gran valor a la "purificación psicoanalítica" (1912e, p.115), cuya meta era poder comprender al paciente libre de prejuicios y valoraciones, no sólo debido a su preocupación por el peligro que corría el método psicoanalítico a través de su mal uso, sino también por motivos científicos. El que la ecuación personal del analista permaneciera, aun después de dominar el influjo distorsionador de la con-tratransferencia (esto es, idealmente después de su eliminación), fue algo que se aceptó con pesar como inevitable. Freud pudo consolarse con el hecho de que la ecuación personal tampoco puede ser eliminada durante la observación en la as-tronomía, donde había sido descubierta. En todo caso, él esperaba que del análisis didáctico se alcanzara tal uniformidad de la ecuación personal, que algún día se lograría un satisfactorio consenso entre los analistas (Freud 1926e, p.206). Estas razones contribuyeron en forma decisiva a que las historias de los conceptos de transferencia y de contratransferencia transcurrieran de forma tan distinta. Los des-arrollos separados desembocaron mucho más tarde en el reconocimiento de "que nos vemos enfrentados a un sistema de relaciones donde un factor es función del otro" (Loch 1965a, p.15). Neyraut (1974) llega a conclusiones similares en su estudio *Le transfert*. Kemper (1969) habló de una "unidad funcional" entre trans-ferencia y contratransferencia. Anteriormente, Fliess (1953) había ido ya tan lejos como para ver en ciertos fenómenos transferenciales una reacción a la contratrans-ferencia del analista. Esta reciprocidad también es subrayada por Moeller (1977).

Mientras la transferencia, de ser un obstáculo principal, pasó a constituir en corto tiempo el instrumento más poderoso del tratamiento, la contratransferencia mantuvo su imagen negativa por casi 40 años. Esta contradecía el antiguo y venerable ideal científico al cual Freud se sentía obligado y cuya realización le convenía, no sólo por propio convencimiento, sino también por la reputación del discutido método. En la historia de la ciencia, la analogía del espejo ya se encuentra en la doctrina de los ídolos de Francis Bacon (1961 [1620]), donde ésta estaba unida a la noción de objetividad de que la verdadera naturaleza saldría a relucir después de la limpieza del espejo observador y reflectante y después de la eliminación de todos los elementos subjetivos. De ahí se derivó la exigencia de eliminar la contratransferencia, esto es, los puntos ciegos y otras suciedades del espejo. De la exigencia de superar los propios conflictos neuróticos y en especial su manifestación en la contratransferencia con el paciente, se desarrolló una actitud casi fóbica hacia los propios sentimientos.

En el párrafo que sigue, Freud se dirige con sus recomendaciones, en especial al psicoanalista joven y ambicioso que emprende el camino de sanar, no por medio de una terapia de sugestión, sino precisamente a través de un psicoanálisis auténtico, y le advierte que no utilice demasiado la propia individualidad, aunque esto sea ciertamente muy tentador:

Uno creería de todo punto admisible, y hasta cierto punto adecuado para superar las resistencias subsistentes en el enfermo, que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos, le posibilite ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza. Una confianza vale la otra, y quien pida intimidad de otro tiene que testimoniarle la suya. [...] La experiencia no confirma la bondad de esa técnica afectiva. Tampoco es difícil inteligir que con ella se abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión. Así se consigue que el paciente comunique antes y con más facilidad lo que a él mismo le es notorio pero habría retenido aún un tiempo por resistencias convencionales. Sin embargo, esa técnica no ayuda en nada a descubrir lo inconsciente para el enfermo; lo inhabilita aún más para superar resistencias más profundas, y en casos graves por regla general fracasa ante la avidez despertada del enfermo, a quien le gustaría invertir la relación pues encuentra el análisis del médico más interesante que el suyo propio. También la solución de la transferencia, una de las principales tareas de la cura, es dificultada por la actitud intimista del médico, de suerte que la ganancia que pudiera obtener al comienzo es más que compensada en definitiva. Por eso, no vacilo en desestimar por errónea esta variedad de la técnica. El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. Por lo demás, en la práctica es inobjetable que un psicoterapeuta contamine un tramo de análisis con una porción de influjo sugestivo [...]; pero corresponde exigirle

que tenga bien en claro lo que emprende, y sepa que su método no es el psicoanálisis correcto (Freud 1912e, p.117).

Aquello que el psicoterapeuta puede y el psicoanalista no puede, lo que diferencia pues a la psicoterapia del psicoanálisis, es hoy tan actual como antes y lo más fácil ha sido definirlo mediante reglas. En esta definición de contratransferencia quedó atascada toda la problemática de la influencia sugestiva, un problema práctico y científico considerable. En el miedo a la contratransferencia no se trata sólo entonces de un asunto personal. La responsabilidad profesional exige al analista evitar influencias desfavorables, y la contratransferencia llegó a ser el símbolo de ellas. Fue la cenicienta de la técnica psicoanalítica y sólo inmediatamente después de su transformación en princesa fue posible descubrirle otras cualidades. Por cierto, ya desde algún tiempo antes del reconocimiento oficial, existía una sospecha preconsciente sobre sus bellezas ocultas. Pero el murmullo no pudo hacerse oír, de manera que la metamorfosis apareció llevándose a cabo de la noche a la mañana. La admiración que ahora se tiene a "la princesa" permite suponer que muchos psicoanalistas se sintieron inmediatamente liberados, de manera semejante como después de la brillante rehabilitación del narcisismo por Kohut. Lo fuerte que influyó la evitación fóbica, se reconoce en el hecho de que, sólo alrededor de 30 a 40 años después del descubrimiento de la contratransferencia por Freud (1910d, p.136), el tema fuera colocado, mediante las publicaciones de A. y M. Balint (1939), Berman (1949), Winnicott (1949), A. Reich (1951), Cohen (1952), Gitelson (1952) y Little (1951), en una nueva perspectiva. De manera particular, la original contribución de Heimann (1950) se consideró, retrospectivamente, el punto de viraje; por tal razón hablaremos más adelante en forma detallada sobre esta publicación.

La historia de este concepto (Orr, 1954; Tower, 1956) muestra que las publicaciones de los años cincuenta recién nombradas tuvieron algunos precursores. Cuán ocultos se mantuvieron los aspectos positivos de la contratransferencia, puede verse en el trabajo de Deutsch que falta en el estudio de Orr, por lo demás completo. Deutsch (1926) publicó sus reflexiones pioneras, que habrían de ser continuadas por Racker (1968), sobre la relación entre la contratransferencia y la empatía, bajo el título de Procesos ocultos durante el psicoanálisis. ¡No es de asombrarse que estas ideas permanecieran ocultas! Los trabajos de Ferenczi (1964 [1918]), Stern (1924), Ferenczi y Rank (1924), Reich (1933) y A. Balint (1936) no ejercieron ninguna influencia digna de mención.

Fenichel (1941) constató relativamente temprano que el miedo a la contratransferencia podría llevar al analista a sofocar cualquier reacción humana natural frente al paciente. Según él, pacientes que anteriormente habían estado en tratamiento con otros analistas, le habrían expresado su sorpresa por su libertad y naturalidad. Ellos creían que el analista era alguien especial a quien no le sería permitido ser humano. Para Fenichel, sin embargo,

debiera precisamente predominar la impresión contraria: el paciente tendría siempre que poder confiarse en la humanidad de su analista (Fenichel 1941, p. 74). También Berman (1949) enfatiza que la valoración negativa de la contratransferencia podría conducir a actitudes rígidas y anti-terapéuticas. El clima emocional óptimo, lo caracteriza a través de anécdotas clínicas, de las cuales se puede deducir cuán importante es el significado terapéutico de una preocupación sentida y del interés genuino y cálido del analista. Según él, este aspecto del proceso psicoanalítico, al cual muchos connotados analistas han contribuido con su ejemplo, sigue, sin embargo, viviendo más bien en la transmisión personal e informal.

Este tesoro de experiencia, transmitido sólo por tradición oral, no llegó a ser fructífero porque las reglas del juego de Freud se ritualizaron. Debido a que la especial sobrecarga de nuestra profesión no cambia de generación en generación, se entiende que desde hace medio siglo, el discutido tema en la historia del psicoanálisis se encuentre en un lugar destacado en todos los simposios representativos sobre técnica psicoanalítica de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Las discusiones acerca de las recomendaciones técnicas de Freud -ejemplificadas y destacadas por términos como la analogía del espejo, frialdad de sentimientos, neutralidad e incógnito- se repiten constantemente debido a que cada psicoanalista se ve, siempre de nuevo, enfrentado a las multifacéticas interferencias de una situación compleja. Por eso, aquellas soluciones que prometen seguridad y fácil manejo, logran aparentemente una gran aceptación. Por lo tanto, así como se entiende que sean precisamente los principiantes quienes se adhieran firmemente a los términos literales, el que cada nueva generación de psicoanalistas, una y otra vez, recurra a la letra en vez de hacerlo a su sentido histórico, no debiera verse como una inevitable compulsión a la repetición.

La posterior aclaración de los fundamentos de la terapia contribuyó a colocar a la contratransferencia en una nueva perspectiva. El hecho de que muchos autores tomaran igual dirección, al mismo tiempo pero de manera independiente, demuestra que los tiempos estaban maduros para transformaciones profundas.

Balint y Tarachow (1950) afirmaron que la técnica psicoanalítica había entrado en una nueva fase de su desarrollo. Hasta ese momento, se habría tratado principalmente del análisis de la transferencia, esto es, de la contribución del paciente al proceso terapéutico. En la fase que entonces se anunciaba, el centro del interés práctico lo pasaría a ocupar el aporte del analista, en especial en relación a su contratransferencia.

Por las siguientes razones queremos destacar ejemplarmente las contribuciones de Heimann (1950, 1960):

1. Su presentación de 1950 marca el punto de viraje hacia la concepción total, que considera todos los sentimientos del analista con respecto a su paciente como contratransferencia.



2. Heimann enfatizó, como ningún otro autor, el valor positivo de la contra-transferencia como ayuda diagnóstica esencial y también como instrumento de investigación psicoanalítico, y explicó la contratransferencia como creación del paciente .

3. Con ello, los sentimientos contratransferenciales en alguna medida se despersonalizaron: ciertamente se originan en el analista, pero como productos del paciente. Mientras más se abra el analista a su contratransferencia, más adecuada será ésta como ayuda diagnóstica, puesto que el origen de la contratransferencia fue retrotraído al paciente y en un principio explicado por Heimann como identificación proyectiva, en el sentido de Klein.

4. Heimann inauguró la concepción total de la contratransferencia, pero después de 1950 hizo numerosos comentarios críticos sobre los "malentendidos". Las discusiones que se llevaron a cabo en Heidelberg y Frankfurt en el marco de las investigaciones sobre procesos interpretativos iniciadas por Thomä (1967), estimularon a Heimann a posteriores aclaraciones, que la condujeron a sus publicaciones sobre el proceso cognitivo del analista (1969, 1977). Mientras tanto, la propia Heimann se distanciaba de su tesis, de que la contratransferencia sería una creación del paciente, hasta el punto de asombrarse de haber hecho alguna vez tal afirmación (en conversación personal con B. y H. Thomä el 3 de agosto de 1980); esta idea, sin embargo, hacía tiempo ya que se había independizado.

Ya que la mayoría de los analistas experimentan un proceso de aprendizaje lleno de conflictos (el cual se va haciendo cada vez más difícil debido a la prolongación creciente de los análisis didácticos), es a nuestro entender lícito mencionar acá este tipo de recuerdos personales. Heimann es a este respecto un ejemplo típico. Sólo en sus últimas publicaciones (1978), fundamentó el uso terapéutico de la contra-transferencia sin recurrir a la identificación proyectiva e independientemente de las teorías de Klein.

Para liberar a Cenicenta de sus marcas de nacimiento que le había impuesto su padre espiritual, fue necesario una partera especialmente habilidosa, pues los cambios conceptuales producen en los analistas profundos conflictos profesionales y personales. Ellos pueden ser mitigados cuando se hace plausible una conexión interpretativa con Freud. Heimann tenía buenas razones para tratar la contra-transferencia con guantes de seda. Hoy día, sabemos por King (1983) que tanto Hoffer como Klein la presionaron para disuadirla de presentar su trabajo *On Counter-Transference* (1950) en el Congreso Psicoanalítico Internacional de Zúrich (1949). Es comprensible, entonces, que hiciera uso de una estratagema: dijo que, en realidad, se sabe que en esta materia Freud había visto las cosas ya de manera bastante semejante o al menos había actuado en la práctica según ese parecer, sólo que fue mal interpretado. De esta manera diplomática, se refirió Heimann a las malas interpretaciones ("misreadings") a las que habrían conducido las afirmaciones de Freud sobre la contratransferencia y sus analogías del espejo y del ciru-

jano. Nerenz (1983) va últimamente aún más lejos y afirma que Freud fue mal-entendido a causa de una "leyenda" en la que se reinterpretó su amplia concepción de la contratransferencia y se le asignó la connotación negativa que generalmente se acepta.

La verdad es que ya Ferenczi (1964 [1918]) había hablado de la resistencia del analista en contra de la contratransferencia. Ferenczi describe tres fases de la con-tratransferencia. En la primera fase, el analista alcanzaría el control sobre todo aquello que, en su actuar y su hablar e incluso también en su sentir, puede ser causa de complicaciones. Luego, en la segunda fase, caería en la resistencia contra la contratransferencia donde corre el peligro de volverse demasiado brusco y recha-zante, con lo cual el surgimiento de la transferencia se retrasaría o se haría total-mente imposible. Es sólo después de la superación de este estadio cuando se alcanza, quizás, la tercera fase: el dominio de la contratransferencia (p.53). En la misma publicación, Ferenczi describió con gran acierto la actitud óptima del analista, como una "oscilación continua entre el libre juego de la fantasía y el examen crítico" (p.54).

El lector se sorprenderá al comprobar que sea precisamente Ferenczi quien, des-pués de alabar el rol de la intuición, agregue lo que sigue: "Por otra parte, el mé-dico debe examinar lógicamente el material proveniente de él mismo y del paciente y regirse, en sus acciones y comunicaciones, exclusivamente según el resultado de estas elucubraciones" (p.53).

Retrospectivamente, se hace comprensible por qué tampoco la descripción de Ferenczi de las tres fases del dominio de la contratransferencia, en nada disminuyera el excesivo miedo a ella, que él señaló como la actitud incorrecta. Pues la habilidad que al principio el analista debe aprender para sofocar sus propios sentimientos y su exageración en la resistencia contra la contratransferencia, no puede corregirse por medio de la vaga constatación de que ésta no es la posición correcta. Si se ha introducido el severo control emocional como primera experiencia de aprendizaje, no es de extrañarse entonces, que al final surja y se mantenga un miedo exagerado, aun cuando se quiera suprimirlo. En todo caso, la descripción de Ferenczi de la contratransferencia tuvo una escasa influencia en su manejo. Los psicoanalistas siguieron al pie de la letra las recomendaciones técnicas de Freud.

### **3.2 La contratransferencia transfigurada**

La metamorfosis de Cenicienta en espléndida princesa, no podría ser descrita de manera más perfecta, que por la siguiente frase de Heimann, de profundas impli-caciones y consecuencias: "La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analítica, sino que es la creación del paciente. Ella es una parte de la personalidad del paciente" (1950, p.83; cursiva en el original). De haber sido la contratransferencia, hasta ese momento, una

reacción neurótica más o menos intensa del analista frente a la neurosis de transferencia del paciente, que en lo posible debiera ser evitada, llega así ahora, a ser "parte esencial" de la relación analítica y más tarde la contratransferencia "total" (Kernberg 1965). Heimann entiende bajo contratransferencia todos los sentimientos que el analista siente hacia su paciente. Su tesis es que la respuesta emocional del analista a su paciente dentro de la situación analítica, representa una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia es un instrumento de investigación para los procesos inconscientes del paciente [...]. No se ha enfatizado suficientemente que [la situación analítica] es una relación entre dos personas. Lo que diferencia esta relación de otras, no es la presencia de sentimientos sólo en uno de los miembros de la pareja, es decir, en el paciente, y la ausencia en el otro, en el analista, sino, sobre todo, la intensidad de los sentimientos vivenciados y el uso que se hace de ellos, siendo ambos factores interdependientes (Heimann 1950, p.81; cursiva en el original).

Es esencial que el analista tolere sus emociones en vez de descargarlas como el paciente. Las emociones desencadenadas en el analista deben ser subordinadas a la tarea analítica, en la cual él funciona como espejo para el paciente.

El analista necesita, junto con esta atención que trabaja libremente, una sensibilidad libremente reactiva, para poder seguir los vaivenes emocionales del paciente y sus fantasías inconscientes. Nuestro supuesto básico es que el inconsciente del analista entiende el de su paciente. Este contacto en un nivel profundo se manifiesta en la superficie en la forma de sensaciones, que el analista nota como respuesta a su paciente, en su "contratransferencia". Este es el camino más dinámico en el cual la voz del paciente alcanza al analista. En la comparación entre las sensaciones despertadas en él, con las asociaciones y el comportamiento del paciente, el analista obtiene el mejor medio para verificar si acaso ha entendido o no a su paciente (Heimann 1950, p.82).

Puesto que más tarde Heimann misma restringió considerablemente su concepción y quiso probar su validez a través de criterios, podemos dar aquí el tema por terminado. Las teorías en el psicoanálisis no sólo sirven para resolver objetivamente los problemas; ellas están incorporadas en una genealogía, en una tradición familiar. Es muy probable que en la nueva teoría de la contratransferencia, Heimann tratara de conciliar las teorías de sus maestros Reik y Klein. A través de su contratransferencia, el analista escucha con el "tercer oído" de Reik y la "creación del paciente" supuestamente logra penetrar en el analista mediante los mecanismos descritos por Klein. En la teoría de Klein y su escuela, la capacidad empática del analista depende de que él pueda reconocer en sí mismo los procesos de identificación proyectiva e introyectiva subyacentes a la psicopatología del paciente y que

transcurren en él en forma inconsciente. Para esto se dan los siguientes fundamentos:

La posición esquizoparanoide y la depresiva son vistas como necesarias disposiciones del ser humano en general y, bajo condiciones adicionales, también como específicamente patológicas. Las transiciones de lo normal a lo patológico son fluidas. A causa de la supuesta polaridad pulsional innata y la importancia secundaria de la experiencia, todos los hombres están sometidos al desarrollo de ambas posiciones (como "núcleo psicótico" inconsciente) y a sus repercusiones en las identificaciones proyectivas e introyectivas: "El punto de fijación de la enfermedad psicótica está en la fase esquizoparanoide y en el comienzo de la posición depresiva [...]. Si se alcanza la posición depresiva y al menos parcialmente se la elabora, las dificultades que surgen en el desarrollo posterior del individuo, serán de naturaleza neurótica y no psicótica" (Segal 1964; p.61). Debido a que la posición depresiva permanece inconsciente, la neurosis debe llegar a ser un hecho universal. Por la presencia universal de estas posiciones, el desarrollo del proceso psicoanalítico transcurre, igualmente, según el predominio de una u otra posición, en tanto en cuanto el analista se comporte como espejo límpido y promueva el desarrollo de la neurosis de transferencia en el sentido del desenvolvimiento de la identificación proyectiva e introyectiva. Estos dos procesos determinan el tipo de relación de objeto con los objetos internos y externos, tanto en el paciente como en el analista.

La capacidad empática del analista es explicada, tanto en lo formal como en el contenido, por los dos aspectos de la identificación (Segal 1964). La representación metafórica de la empatía como receptor se asimila a la contratransferencia (Rosenfeld 1955, p.193). A través de la percepción interna, el analista es capaz de retrotraer una determinada sensación hasta la proyección del paciente. Con las siguientes palabras, concluye Bion (1955) la presentación de una viñeta: "Debe haberse notado que mi interpretación se deriva del uso de la teoría de la identificación proyectiva de Klein, primero para aclarar mi contratransferencia y después para forjar la interpretación que le di al paciente" (Bion 1955, p.224).

Money-Kyrle describió el desarrollo normal y llano de transferencia y contratransferencia, como una oscilación bastante rápida entre introyección y proyección:

Mientras el paciente habla, el analista se identifica con él, por así decirlo, introyectivamente y después que lo ha entendido desde adentro, será aquél re proyectado e interpretado. Pero yo creo que el analista tiene especial conciencia de la fase proyectiva, esto es, de aquella fase en la cual el paciente representa una parte arcaica, inmadura o enferma de él mismo, incluyendo sus objetos dañados, la cual él [el analista] ahora puede captar y por consiguiente manejar en el mundo externo a través de la interpretación (Money-Kyrle 1956, p.361).

Grinberg (1979) describe la respuesta inconsciente del analista a las proyecciones del paciente como contraidentificación proyectiva. Con este concepto, Grinberg pone la respuesta inconsciente del analista, por así decirlo, fuera del ámbito de la contratransferencia, queriendo enfatizar que el analista "es movido" desde afuera por el paciente.

Los vínculos formales y de contenido de la empatía con los procesos de identificación proyectiva e introyectiva, hacen plenamente capaz de comprensión sólo a aquel analista que ha elaborado psicoanalíticamente y a lo largo de la vida la posición esquizoparanoide y la depresiva. Para la constitución del objeto, según forma y contenido, la teoría kleiniana de las relaciones de objeto adscribe a la persona real del propio medio ambiente una importancia más bien subordinada frente a las fantasías inconscientes en cuanto derivados pulsionales (véase Guntrip, 1961, p.230; 1968, p.415; 1971, pp.54-66). Según esto, el analista realiza mejor su tarea cuando se comporta como un espejo impersonal, como un interpretador neutral (Segal 1964). El psicoanalista kleiniano combina su técnica puramente interpretativa con la mayor neutralidad posible. En términos de la metáfora, el "espejo" no tiene más "puntos ciegos" en la medida en que el analista ha alcanzado las miradas más profundas en sus propias identificaciones proyectivas e introyectivas. En adelante y como un desarrollo inmanente a su sistema, la escuela kleiniana puede exigir que se aplique una técnica puramente psicoanalítica, también en aquellos pacientes con los cuales otros analistas consideran como necesarias variaciones o modificaciones.

Consecuencias y problemas de la concepción total de la contratransferencia  
Bajo un punto de vista científico, es deprimente comprobar que las familias psicoanalíticas logran nuevos desarrollos, sólo por la vía de poner entre paréntesis críticas bien fundamentadas. De este modo, por ejemplo, Heimann no consideró la crítica de Grotjahn (1950) a las ideas de Reik, como tampoco las de Bibring (1947) y Glover (1945) a la doctrina de Klein. A pesar de esto, no es posible valorar más el efecto liberador que tuvo, precisamente, la decisión con que Heimann defendió la contratransferencia como creación del paciente. Diez años más tarde, Heimann debió corregir algunos malentendidos que básicamente consistían en que "algunos" candidatos interpretaban, apoyándose en su artículo, según el "sentimiento". Cuando Heimann criticó esto, los candidatos alegaron apoyarse en su nueva conceptualización de la contratransferencia y no parecían estar dispuestos a controlar las interpretaciones según las contingencias reales en la situación analítica (Heimann 1960). A decir verdad, la autora había alcanzado su objetivo principal de "desterrar el fantasma del analista inhumano, sin sentimientos, y mostrar la utilidad de la contratransferencia" (Heimann 1960, p.10). Puesto que este fantasma vuelve a aparecer en cada nueva generación de psicoanalistas, su destierro debe también cada vez repetirse. Sin duda, esto

actualmente se ha facilitado, pues es posible remitirse al precedente sentado por esta distinguida analista. Pero ahora, hay nuevas preguntas que resolver, que no están planteadas en la teoría de la con-tratransferencia de Freud, puesto que desde su punto de vista carecían de sentido.

### **3.3 Consecuencias y problemas de la concepción total de la contratransferencia**

El camino hacia la integración de la contratransferencia parece estar lleno de mal-entendidos, que no sólo aparecen en los candidatos, ni se relacionan sólo con las omisiones reclamadas por Heimann, es decir, el no verificar en la situación ana-lítica las interpretaciones dadas desde la contratransferencia. La nueva forma de entender la contratransferencia tuvo implicaciones para problemas básicos de la técnica psicoanalítica, lo que subsecuentemente condujo a distintos intentos de solución: se trata, nada menos, que del proceso cognitivo en el analista mismo, es decir, del origen y del fundamento de su quehacer terapéutico y en especial de su interpretar específico. En otras palabras, el apoyarse en interpretaciones dadas desde el sentimiento, en el sentido mencionado anteriormente, sin preocuparse de su ve-rificación en la situación analítica y en relación a contingencias objetivas, implica que, ya en su génesis, eo ipso, está también dada su fundamentación, es decir, su validez. Si se realiza la contratransferencia como la función perceptiva esencial, el peligro inminente es entonces adjudicarle una capacidad confiable de discerni-miento. A través de la transformación de Heimann, la contratransferencia pareciera cobrar una estrecha relación con la atención parejamente flotante (véase 7.3). Pues, ¿có-mo es posible llegar desde el escuchar sin intención específica al saber confiable sobre el otro, de tal manera que las propias sensaciones corporales, sentimientos, fantasías y reflexiones correspondan a los procesos inconscientes del paciente, sea en reciprocidad, sea en complementaridad? Desde el momento en que Heimann ele-vó la contratransferencia al rango de un instrumento de investigación, se favoreció la concepción ingenua según la cual el esclarecimiento de la génesis de fantasías en el analista presenta ya también claves confiables y válidas sobre los procesos inconscientes en el paciente. Sin embargo, ¿cómo es posible que la "contratransfe-rencia" de Heimann y la "empatía" de Kohut, herramientas estrechamente emparen-tadas y con una procedencia común e innegable del "tercer oído" de Reik, conduzcan a afirmaciones tan diferentes sobre el inconsciente de sus pacientes? En el ca-pítulo 10 nos ocuparemos por separado del problema de la relación entre origen y fundamentación, tema muy descuidado en el psicoanálisis. Entre afirmar que la contratransferencia es el núcleo mismo de la relación ana-lítica y la creación del paciente, y justificarlo fundamentadamente, hay un largo camino que recorrer. En vez de avanzar en este sentido, se funciona como si la tesis de Heimann estuviera ya bien fundamentada; tesis que va

mucho más allá del destierro del fantasma y de la rehabilitación de la contratransferencia (incluyendo su base hipotética de explicación en la identificación proyectiva). Y en realidad, se la supone fundamentada a partir de pensamientos y fantasías del analista que aparecen en casos individuales muy determinados. Al final de este capítulo (3.5), resumi-remos nuestras propias investigaciones sobre la génesis de las fantasías en el ana-lista y la fundamentación de su transformación en interpretaciones, inclusive el control en la situación analítica exigido por Heimann. Si se usa la contratrans-ferencia como instrumento de percepción, se trata entonces, entre otras cosas, de la solución de aquel problema que Heimann definió como control en la situación terapéutica. Este control en el sentido de la verificación es tanto más urgente de exigir, cuanto que es fácil caer "en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que [el analista], en una sorda percepción de sí mismo, discierna sobre las propiedades de su persona propia" (Freud 1912e, p.116) o, en el caso concreto, de adjudicar al paciente estas peculiaridades en vez de a sí mismo. Precisamente, como en el psicoanálisis se trata de hacer amplio uso de la subjetividad, quisiéramos destacar con Loch (1965a) que para eso es esencial que los analistas tengan clara conciencia de ella, de tal manera que así se pueda llevar la teoría personal al plano de la discusión intersubjetiva. En este punto, debe exigirse distinguir la contratransferencia de la teoría personal; la discusión sobre esta materia puede aclarar cuáles supuestos teóricos de los psicoanalistas encuentran hoy en día aplicación .

En nuestra opinión, la concepción total de la contratransferencia tiene especial-mente las siguientes repercusiones teóricas y prácticas: sin variar la exigencia, aún válida, de que los "puntos ciegos" debían ser superados en el sentido de Freud, la concepción total posibilitó una conexión con el modelo freudiano de la percepción psicoanalítica del "receptor" (véase 7.3). La concepción total reanimó entonces una tradición que había sido cultivada especialmente por Reik. Un aspecto secundario de esta tradición es la idea de que la percepción empática, que va de inconsciente a inconsciente, no necesita de otra fundamentación, con lo cual se reclama un tipo particular de cognición "psicoanalítica" de la verdad. Es digno de destacar que el cultivo de esta tradición no se limita a una escuela psicoanalítica en particular.

El intento de los psicoanalistas de orientación kleiniana, de reducir a unos pocos mecanismos típicos las fantasías del analista referentes al paciente y así explicar también su empatía, puede considerarse como otra consecuencia de la visión total de la contratransferencia. En realidad, el uso del concepto de contratransferencia en la escuela kleiniana tiene una historia curiosa. A pesar de que el trabajo de Heimann de 1950 no contiene ninguna referencia directa a la obra de Klein, Grosskurth escribe que "éste fue aceptado como parte esencial del corpus kleiniano, aunque pocos analistas parecen saber que Klein y Heimann tuvieron un serio desacuerdo sobre él, donde Klein insistía que la contratransferencia es algo que interfiere con el análisis [...]. Es generalizada

la creencia de que [el concepto] se originó con Klein. Debe recordarse que Klein se había impactado profundamente con la opinión de Freud acerca de los peligros de la contratransferencia" (Gross-kurth 1986, p.378). En el mismo sentido opina Bott-Spillius, quien agrega que "evidentemente ella [Klein] quería guardar la definición de contratransferencia como la transferencia no analizada del analista hacia el paciente y agregar la idea de empatía como la percepción y entendimiento de las proyecciones del paciente por parte del analista" (Bott-Spillius 1983, p.326; la cursiva es nuestra). La contratransferencia para Klein era entonces, como la neurosis, objeto de análisis. Sin embargo, como suele suceder en las escuelas de pensamiento psicoanalítico, los discípulos de Klein sacaron las consecuencias de su teoría de la identificación proyectiva y la aplicaron a los procesos de comprensión empática, hasta el punto que en los trabajos kleinianos se tiende, en general, a hablar menos de contratransferencia que de transferencia de "partes" de la personalidad del paciente que, por identificación proyectiva, se "meten" en la psiquis del analista. Así, Bion (1959, pp.102-106) y Rosenfeld (1970) llegan a hablar de un tipo de identificación proyectiva normal, al servicio de la comunicación del paciente con el analista.

Si se revisa la obra de Bion, se encontrará que la contratransferencia como tal se menciona rara vez y siempre como teniendo un sentido negativo, reservándose el campo de la comunicación con el paciente, por medio de los mecanismos descritos, a otro terreno de la experiencia interna del analista que se denomina como la función "continente". Este concepto es una nueva versión del modelo del "receptor" de Freud, según la cual el analista llega a ser un "continente" vacío en cuyo interior el paciente deposita partes de sí mismo (Bion 1962b). La capacidad del analista de tomar contacto con estas proyecciones y hacerlas conscientes, es equi-parada por Bion a "la capacidad de rêverie de la madre [como] órgano receptor de [...] las autosensaciones del niño [...]" (Bion 1967, p.116; la cursiva es nuestra). Si se asume que el psicoanálisis genuino no es otra cosa que el "trabajo detallado en la transferencia" (Bott-Spillius 1983, p.324) y se entiende la transferencia en el sentido ya descrito, entonces el psicoanálisis no será otra cosa que el análisis de, o desde la contratransferencia, esta vez entendida ésta como la experiencia inmediata del analista con su paciente. Sólo desde esta experiencia el analista mantendrá el contacto emocional, pudiendo entender e interpretar la conducta verbal y no verbal de su paciente (esto es, según su capacidad de rêverie). Lo verdaderamente relevante en la experiencia del analista con su paciente es entonces sólo aquello que proviene de éste último. Estamos pues en el terreno de la concepción total de la contratransferencia.

En nuestra opinión, si aceptamos que los pacientes proyectan partes de sí mismos en el analista, debemos también tomar en cuenta, con Freud (1922b, p.220; la cursiva es nuestra) que, "sin duda lo hacen, pero no proyectan en el aire, por así decir, ni allí donde no hay nada semejante, sino que se dejan guiar



por su conocimiento de lo inconsciente y desplazan sobre lo inconsciente del otro la atención que sustraen de su inconsciente propio".

En el mismo trabajo, un poco antes, y refiriéndose a un caso de celotipia, agrega Freud que el ataque [de celos] extraía su material de la observación de mínimos indicios, por los cuales se le había traslucido la coquetería de la mujer, por completo in-consciente e imperceptible para otro. Ora había rozado inadvertidamente con su mano al señor que se sentaba junto a ella, ora había inclinado demasiado su rostro hacia él o le había exhibido una sonrisa más amistosa [...]. El ponía un grado ex-traordinario de atención en todas las exteriorizaciones del inconsciente de ella, y siempre sabía interpretarlas rectamente, de suerte que en verdad siempre tenía razón (1922b, p.219; la cursiva es nuestra).

Freud parece no haber sacado las consecuencias teóricas ni técnicas de estas pene-trantes observaciones, de tal manera que quedaron restringidas, por así decirlo, al modo particular de proyectar patológico de un paranoide. Creemos, sin embargo, que apuntan a una verdad mucho más profunda y general, esta es, que la pro-yección nunca se hace en el vacío. Las consecuencias de esta afirmación son mu-chas, pero, para el tema que nos interesa, baste decir que, si el paciente proyecta en el analista partes de sí mismo, proyectará aquellas partes que tengan algo que ver con la realidad del analista en interacción en el "aquí y ahora" con ese paciente en particular. Se colige entonces que la experiencia inmediata del analista con su paciente incluye aspectos reales de sí mismo que no provienen del paciente. En esta misma línea, Hoffman (1983) ha ido mucho más allá, hasta llegar a hablar del "paciente como intérprete de la experiencia del analista", lo cual equivale a llevar el modelo interaccional hasta sus consecuencias lógicas extremas, vale decir, hasta la inversión del paradigma kleiniano, donde ahora las asociaciones del paciente no sólo darán cuenta de los aspectos transferenciales, proyectados en el analista, sino también de las conexiones plausibles entre las fantasías transferenciales y los componentes "reales" de la experiencia "contratransferencial" del analista (véase tam-bién Gill 1982).

Heimann creía que el inconsciente del paciente se expresaba parcialmente en la contratransferencia. Esta afirmación se ligaba en ella con la concepción del análisis como una relación entre dos personas. La idea de que las propias sensaciones pu-dieran ser desencadenadas desde y corresponder con las de otra persona, fue muy pronto llevada al campo del psicoanálisis aplicado. Allí cundió como maleza, pues el psicoanálisis aplicado hace muy difícil realizar el control que Heimann exigía. Así, hoy en día es especialmente popular ver en las fantasías de los participantes de seminarios de técnica un reflejo del inconsciente del paciente. Mientras más ocurrencias tengan los participantes y mientras de manera más convincente el co-ordinador de la reunión logre configurar una fantasía común desde la variedad de puntos de vista, más productivos se considerarán los seminarios. Es cierto que és-tos familiarizan a

los participantes con las fantasías y deseos inconscientes que ya-cen detrás de los fenómenos manifiestos. De este modo, el fantasear en conjunto sobre un paciente tiene una función didáctica de primer orden, que de algún modo repercute positivamente en el tratamiento mismo. Sin embargo, en este "de algún modo" está precisamente el "pero" del asunto, pues sólo muy raramente se plantean tesis verificables y de regla no se discute el desarrollo posterior del caso. Una verificación clínica más exacta es totalmente imposible, fundamentalmente debido a que son imaginables infinitas variaciones sobre los temas.

De tal manera, nos enfrentamos a una situación paradójica: por un lado es de gran valor didáctico el fantasear y especular libremente en los seminarios casuísticos, pero, por otro lado, la distancia con los problemas del paciente ausente y su motivación inconsciente es a menudo inmensa. Ante este dilema se separan las opiniones. El placer en este fantasear en conjunto llega solamente hasta el momento en que se plantea la pregunta acerca de la relación de las ocurrencias de los participantes del seminario con los pensamientos inconscientes del paciente ausente. Hemos destacado la ausencia del paciente, para con eso recordar que los participantes del seminario tienen información de segunda mano, a través de lo que el analista tratante les ha comunicado. Los participantes del seminario miran como a través de un telescopio cuyo sistema de lentes ha producido múltiples refracciones del objeto observado. Nuestra analogía deja en claro que es imposible trazar el camino del haz de luz sin un conocimiento exacto de cada uno de los sistemas. Para conocer de la manera más precisa posible, por lo menos acerca del punto de vista del analista tratante, se introdujo en los años 60 en la clínica psicosomática de la universidad de Heidelberg, la toma de protocolos de sesiones psicoanalíticas que permitían una buena visión del intercambio verbal (Thomä y Houben 1967; Thomä 1967). También Klüwer (1983) apoya sus investigaciones sobre las relaciones entre transferencia y contratransferencia en las discusiones de seminarios, sobre la base de detallados protocolos del transcurso de las sesiones. Él observa que el ánimo y el juicio de los participantes en el seminario se tiñe según el tópico central en discusión. Sesiones con temática depresiva desencadenan otras reacciones que aquellas en las cuales el paciente, buscando la aprobación del analista, permite que éste participe de sus éxitos. En esta medida, el grupo de seminario se puede comparar, sin más, con una caja de resonancia. Ahora, ¿cuán válida es esta analogía? Klüwer afirma que en la caja de resonancia del grupo de seminario, los "fenómenos de la relación entre transferencia y contratransferencia se continúan manifestando en el grupo a través de los protocolos y las opiniones directamente expresadas en la reunión; y ellos pueden ahí ser captados más rápidamente de lo que es posible al analista tratante" (1983, p.134).

Esta afirmación se apoya en una suposición que primero debiera ser comprobada, en otras palabras, se trata de una *petitio principii*. Klüwer opina, además, "que en principio todos los fenómenos emergentes deben ser

consecuentemente interpreta-dos como provenientes del paciente y no del analista tratante" (p.134; cursiva en el original). Este procedimiento ciertamente promueve la armonía en la "caja de resonancia" y alivia al terapeuta informante, que así, en apariencia, no hablaría en causa propia. La voz del paciente "resuena" de este modo a través de la del analista. Este esquema puede ser aclarado mediante el siguiente ejemplo ficticio: Sucede que el comentario crítico de un participante en un seminario es retrotraído al paciente, afirmándose que éste ya habría previamente "metido" su agresión al analista. Es decir, se sostiene que la agresión del paciente alcanza al grupo por medio de la contratransferencia inadvertida del analista, siendo de esta manera amplificada por la "caja de resonancia" y así finalmente captada. Nuestra descripción esquemática deja suficientemente claro que sólo una capacidad perceptiva casi telepática de la "caja de resonancia" estaría en la situación de saltar por encima de las numerosas transformaciones no aclaradas, para retroactivamente llegar allí donde los fenómenos de transferencia y contratransferencia se originaron. Pero, a la "caja de resonancia", ¿sí que se le asigna esa capacidad! Sin embargo, así como cada instrumento de una orquesta sinfónica tiene su propia resonancia, de igual modo cada participante del seminario amplifica de manera distinta la nota que da el paciente. Sucede como si algunas resonancias tuvieran más que ver con el paciente que otras, existiendo siempre aquellas que se alejan tanto, que prácticamente ya nada tienen que ver con él. Entonces, es claro que no todo tiene que ver con el paciente. Pero ¿quién tiene esto claro dentro del grupo? Ni el director, ni el primer violinista, ni otros distinguidos solistas pueden asegurar si acaso la resonancia armoniza de alguna manera con el paciente. Junto a esto, entran en juego procesos propios de dinámica de grupos que están muy lejos de la realidad del paciente. En este contexto, no es infrecuente que se recurra a la teoría de la identificación proyectiva para dar a las ideas producidas por resonancia un toque de validez científica, donde sólo poderes telepáticos podrían llenar los numerosos vacíos de información. Estos comentarios críticos restringen considerablemente el valor didáctico del tipo de seminarios bosquejados, los cuales promueven más bien la fe en la autoridad que el pensamiento científico. En esta misma línea, el abuso inadvertido de la teoría de la identificación proyectiva en la formación analítica en general, estimula entre los candidatos, por la tendencia a desdibujar las diferencias entre la situación propiamente analítica y la pedagógica, una atmósfera de regresión y persecución que perturba aún más el ya difícil y pesado proceso de lograr una identidad analítica adulta (Bruzzone y cols., 1985).

La idea de los seminarios como cajas de resonancia se ha extendido en Alemania especialmente a través de los así llamados grupos Balint. En realidad Balint mismo, cuando conducía un seminario casuístico y por razones didácticas, también relacionaba las ocurrencias de los participantes con el paciente, pero como conductor intervenía de una manera sutil en la "resonancia" y recogía sólo aquello que le parecía practicable. El misticismo

contratransferencial no ejercía ninguna fascinación sobre él. Esta fascinación prosperó sobre todo en Alemania en la misma medida en que es ajena a la pragmática "escuela inglesa" como a los "británicos" teóricos de las relaciones de objeto (Sutherland 1980). El uso de la contratransferencia para De M'Uzan (1977, p.164-181) está también estrictamente ligado a la situación analítica y a que el paciente pueda unir las interpretaciones del analista con su propia experiencia. De acuerdo con De M'Uzan, la intensificación de la sensibilidad del analista para los procesos inconscientes de su analizando posibilita a veces el siguiente desarrollo: en un estado de conciencia alterado, comparable a una leve despersonalización, pero paradójicamente con una atención aumentada -y sin un nexo racional reconocible con el material en ese momento en elaboración- el analista percibe, en palabras e imágenes, fragmentos reprimidos o que nunca estuvieron conscientes, de pensamientos del analizando. Después de entregar una interpretación, estos contenidos fragmentarios serán completados y así confirmados, a través de asociaciones y sueños del analizando, en parte en la misma sesión o también posteriormente. Desde luego, el analista debe poder distinguir sus propios conflictos inconscientes de los que el paciente desencadena en él. Según De M'Uzan, un indicio de que el paciente ha desencadenado material en la conciencia del analista, lo puede constituir el que el analista registre fenómenos inusuales en la introspección subsecuente, como, por ejemplo, un interés mayor que el habitual por su analizando, combinado con una perturbación en su propio sentido de identidad. El disponer de descripciones precisas de este proceso, en las cuales las asociaciones del paciente, por así decirlo, confirmen o descalifiquen las ocurrencias contratransferenciales, podría eventualmente contribuir a la desmistificación del concepto.

Esta actividad psíquica no es propia ni del estado de vigilia, ni del soñar, ni del dormir y De M'Uzan (1977) la denomina "pensamiento paradójico" (pensée paradoxale). Este ocurre en el momento en el cual el estado psíquico del analista ha llegado en gran medida a equipararse al de su analizando. Este pensamiento paradójico se asentaría, por el lenguaje parcialmente incomprensible y fragmentario del paciente, en una zona intermedia entre el inconsciente y el preconscious.

La concepción total de la contratransferencia llegó a ser tan amplia, que finalmente lo abarcó todo: llegó a ser idéntica con la realidad psíquica total del analista. Debido a esto, McLaughlin (1981) propuso abandonar el concepto, después de que éste se había extendido tanto como para deshacerse en el de "realidad psíquica". Sin embargo, es igualmente difícil eliminar hábitos establecidos del lenguaje cuyos significados son obvios para cualquier analista, como abolir los fenómenos a que éstos aluden. Por esta razón, la proposición de McLaughlin no va a encontrar eco, aunque en un nivel más profundo debiera ser tomada en serio, pues en psicoanálisis los conceptos no sólo amplían su acepción, sino que también son valorizados por la vía de asignarles numerosos y contradictorios significados, lo que conduce a inevitables

confusiones. Por ejemplo, Heimann tuvo más tarde que agregar que, por supuesto hay "puntos ciegos" habituales que no son causados por el paciente, y que así, y de acuerdo a la nueva nomenclatura, no debieran ser llamados contratransferencia. Heimann denomina ahora a esta contratransferencia habitual, transferencia del analista. Después de la redefinición de contratransferencia, no se clarificó, sin embargo, cuáles de los muchos pensamientos y fantasías que constituyen la atención parejamente flotante del analista, son impuestos o, como se dice en jerga, "metidos" por el paciente. Heimann no sólo exorcizó un fantasma ni tampoco sólo amplió y valorizó un concepto, sino que también creó una nueva teoría especial (inicialmente apoyándose en los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva de Klein). Sin embargo, no ha sido generalmente reconocido que esta teoría aún no ha pasado la prueba de su validez científica. La contratransferencia como creación del paciente se tomó como un hecho. Heimann no fue entonces de ningún modo malentendida por candidatos crédulos. No fue hasta después de 10 años cuando esta afirmación fue reclasificada como una hipótesis, en la medida en que se le exigió un control clínico. Durante ese lapso, Heimann se distanció críticamente de las teorías de Klein y con esto se modificó también su concepción de la contratransferencia, porque su creencia en la fuerza explicatoria de la identificación proyectiva había empezado a tambalear. A modo de ejemplo, Heimann (1956, p.304) creyó por largo tiempo en la pulsión de muerte y dedujo de ella la negación (desmentida) y otros mecanismos de defensa. Aquellos que sostienen la validez de la teoría de la identificación proyectiva afirman, ahora como antes, que todas las respuestas contratransferenciales están determinadas por el paciente. Tales afirmaciones deben ser, en acuerdo con Sandler (1976, p.46), decididamente interpeladas, pues hacen aparentemente superfluas clarificaciones posteriores y presentan una hipótesis como una evidencia.

Esperamos haber dejado en claro por qué las confusiones no se pueden resolver por meros esfuerzos definitorios y por qué la proposición de retirar un concepto de la circulación no es muy productivo. Los conceptos como tales tienen un significado subordinado, pues en lo esencial cumplen una función dentro de una teoría y de una escuela de pensamiento. Shane (1980) ha mostrado que la adopción no crítica, por parte de los candidatos, de patrones de conducta de los analistas didácticos y supervisores, puede tener un efecto de contratransferencia que depende de la escuela de pensamiento. Las definiciones de contratransferencia de Freud y Heimann tuvieron una función en distintas teorías de la interacción terapéutica y en las correspondientes concepciones del proceso analítico. Todo indica que la evitación fóbica de los sentimientos sugerida por la teoría de Freud tuvo consecuencias desafortunadas, excepto en los propios tratamientos del mismo Freud, quien supo aplicar sus reglas de manera flexible (Cremerius 1981; Kanzer y Glenn 1980). Del mismo modo, es seguro que la innovación de Heimann en la técnica

de tratamiento cambió y valorizó algo más que un concepto. "Hacer uso de nuestra subjetividad significa hacerla consciente". Estamos totalmente de acuerdo con esta exigencia de Loch (1965a, p.18), quien reforzó su afirmación mediante la famosa frase de Freud en su carta a Binswanger (1962, p.65): "No se es libre hasta que no se reconoce y supera cada manifestación de la propia contratransferencia".

### **3.4 Concordancia y complementaridad de la contratransferencia**

Consideremos a continuación algunos intentos de describir tipos ejemplares de contratransferencia. Dentro del marco de la teoría de Klein, Racker (1957) distinguió dos tipos de reacción contratransferencial en el analista, de acuerdo con dos formas de identificación, que llamó identificación concordante y complementaria. En una identificación concordante, el analista se identifica con las correspondientes partes del aparato psíquico del paciente, es decir, yo con yo, superyó con superyó y ello con ello. El analista vivencia así, en sí mismo, el sentimiento como lo siente el paciente. La expresión "identificación complementaria", que se remonta a Deutsch (1926), describe una identificación del analista con los objetos trans-ferenciales del paciente. En esta situación, el analista siente como un padre o una madre, mientras el paciente revive sentimientos que él antes había sentido en la relación con las imagos parentales correspondientes. Puesto que Deutsch muy tempranamente se había declarado a favor de la utilización de la contratransferencia, lo citaremos textualmente:

Yo denomino a este fenómeno "actitud complementaria" en oposición a la identificación con el "paciente infantil". Sólo ambas, en conjunto, conforman la esencia de la contratransferencia inconsciente; su utilización y adecuado dominio co-rresponden a las tareas más importantes del analista. Esta contratransferencia in-consciente no debe confundirse con la relación afectiva burda y consciente con el paciente (Deutsch 1926, p.423; la cursiva es nuestra).

Sandler añadió a la actitud complementaria una explicación derivada de la teoría de los roles, según la cual la interacción entre paciente y analista se retrotrae a una re-lación de roles intrapsíquica que cada uno trata de imponer al otro: "La relación de rol del paciente [...] consiste en un rol que juega él y en un rol complementario que le asigna simultáneamente al analista" (Sandler 1976, p.44; cursiva en el original). Aunque es difícil extender tanto la teoría de los roles como para incluir los procesos intrapsíquicos e inconscientes, desde esta perspectiva, la comple-mentaridad como fenómeno se hace más cercana a la observación y a la experiencia inmediata. Desde este enfoque, sucede que el analista "toma" reflexivamente el rol que el paciente le asignó o le impuso inconscientemente; llega sobre él a un acuer-do con el paciente y así le posibilita lograr una nueva puesta en escena. El proceso terapéutico puede

describirse, siguiendo la teoría de los roles, como un camino que conduce, de manera progresiva, hacia los roles propios que el paciente no sólo juega sino que quisiera ser. Estos roles son cortados a medida para el paciente, y son los que mejor le calzan (a su "sí mismo verdadero"). La función complementaria del analista es en esto esencial; el cambio en la puesta en escena se haría más difícil si éste rechaza el rol complementario.

Con la ayuda de la complementariedad como principio fundamental de interacción social, estamos ahora también capacitados para captar por qué Ferenczi pudo hacer, tan temprano como en 1918 (1964), la observación referida más arriba. Esto es, que la resistencia del analista a la contratransferencia hace más difícil que se actualice la transferencia, puesto que un objeto que se comporta como completamente impersonal tiende a aparecer como repulsivo. De igual manera, sería un error creer que tal objeto sea especialmente apropiado para ayudar a que antiguas imágenes lleguen a ser reproducciones fieles a la realidad y así asegurar su reconstrucción científica. De la teoría de los roles y del interaccionismo simbólico, podemos también deducir por qué tendría que resultar igualmente fatal si la concepción total de la contratransferencia explica la experiencia del analista como una mera proyección de objetos internos. Porque ¿cómo podría alguien encontrarse a sí mismo y cambiar a través de la comunicación con un otro significativo, si el analista pre-tiende no ser nada más que lo que ese alguien mismo es?

Precisamente, éste es el caso en la estricta técnica interpretativa kleiniana basada en la teoría de proyección e introyección. Que a pesar de esto aquellas interpretaciones sean efectivas terapéuticamente, puede radicar en otro nivel. El hablar de los distintos desplazamientos de los aspectos malos y buenos de uno mismo, facilita, en lo general, la identificación con la naturaleza humana y con las propias fantasías inconscientes, en lo particular. A Melanie Klein y su escuela corresponde el gran mérito de haber ampliado la capacidad perceptiva de los analistas para su contratransferencia y de haber profundizado la comprensión del mal en el hombre. Sin embargo, por mucho que el paciente coopere en la puesta en escena de la contratransferencia, ésta nace en el analista y él debe responsabilizarse de ella.

Según nuestra opinión, el giro terapéutico decisivo se lleva a cabo exactamente en el momento de la toma de conciencia sobre la puesta en escena del rol ("role enactment") y su respuesta complementaria en el rol del otro ("role responsiveness"). Si se incorpora la teoría de los roles en un modelo dramático, que se remonta a Mead (1913), se podría decir también que el "teatro" psicoanalítico posibilita un "ensayo" continuado, de tal manera que ambos participantes pueden, rápidamente y sin dificultad, cambiar de lugar entre el escenario y el auditorio, pudiendo así observarse a ellos mismos.

Virtualmente, ambos participantes se encuentran simultáneamente sobre el escenario y en el auditorio. En la representación que el paciente se hace de sí mismo, aparecen roles principales privilegiados y roles secundarios enigmáticos, cuyos significados latentes son especialmente importantes para el

analista. En el papel de observadores, el paciente y el analista tampoco se sitúan en el mismo asiento, pues junto con la perspectiva, cambia también la escena que se está representando en ese momento. A este cambio de perspectiva contribuyen las interpretaciones del analista, que interrumpen los silencios o las verbalizaciones del paciente y con-tienen metacomunicaciones, es decir, información acerca del intercambio que en ese momento se lleva a cabo. Si se enfatiza demasiado el aspecto metacomunicativo de las interpretaciones se corre el riesgo de desconocer que éstas, como las instrucciones del director, intervienen directamente la actuación de los actores. Que el director mismo se encuentra también sobre el escenario, se puede ver especialmente en las interpretaciones transferenciales que agregan profundidad dramática al diálogo.

Muchas objeciones se pueden hacer a este modelo dramático del diálogo psicoanalítico, que hemos ampliado siguiendo a Habermas (1968) y Loewald (1975). En realidad, ninguna analogía es adecuada para describir genuinamente la situación analítica: todas las comparaciones cojean. Nuestra analogía tiene su punto débil, pero no allí donde el lector sospecha, quizás en que le sea chocante que la teoría de los roles compare la terapia de pacientes graves con una representación dramática. Pues las lágrimas que allí se lloran no tienen por qué ser menos verdaderas y auténticas que aquellas de la vida real. También son genuinos los sentimientos transferenciales y contratransferenciales. En referencia a las profundas observaciones de Freud (1915a, pp.170-173), sobre la autenticidad de la transferencia, quisiéramos enfatizar la responsabilidad del analista que, como director de escena, es responsable de su contratransferencia. Por la concepción total de la contratransferencia, una necesidad, esto es, la inevitabilidad de la contratransferencia, se convirtió en una virtud: ¡cuánto más, mejor! En último término, esto podría significar que mientras más contratransferencia, mejor para la transferencia. Esta es una absurda consecuencia de la euforia contratransferencial que en algunas partes vino a remplazar la anterior evitación de ésta. Eissler comentó estos excesos, irónicamente, de la siguiente forma:

La contratransferencia fue definida claramente por Freud como un evento psíquico en el analista que va en detrimento del proceso analítico. Importa nada menos que una perversión de la teoría y la práctica cuando se la celebra como de alta efectividad como factor curativo. En broma, podría decir que pareciéramos no estar muy lejos del momento en el cual se aconseje a los candidatos retomar sus análisis didácticos, porque no desarrollan contratransferencia con sus pacientes (Eissler 1963a, p.457).

En el sentido de un modelo dramático ampliado, mantenemos nuestra opinión de que el analista, por cierto, está constante e intensamente siendo afectado por el paciente (en la contratransferencia). Pero, aún así, su tarea profesional sólo podrá realizarla en la medida en que al mismo tiempo tenga clara conciencia



de que él también, como director y espectador, afecta fuertemente, con su pensar y su actuar, la situación analítica. Desde el momento en que el analista, como Freud (1915a, p.172) entre otras cosas enfatizara, tiende "el señuelo a ese enamoramiento" (se refiere a la participación del médico en la transferencia erotizada), se deben así mismo cargar parcialmente a su cuenta las ideas que el paciente se forme -en general y en particular- sobre lo que es auténtico y lo que es real. En términos del modelo dramático, llegamos a la conclusión de que la situación analítica le da al paciente más grados de libertad que lo que la vida real le permite. Freud tomó, sin embargo, el punto de vista contrario, ya que creía que la dependencia de la transferencia de la experiencia infantil y su repetición compulsiva limitaban la propia libertad. Aunque esta afirmación es parcialmente válida, no toma en cuenta el hecho de que la nueva puesta en escena ("reenactment") y la disposición complementaria ("role responsiveness") en la situación analítica, expanden el margen de libertad, porque con las muchas posibilidades en juego, los clisés limitantes se resuelven.

La nueva puesta en escena le permite al analista, desde el comienzo, un trabajo cooperativo que ayuda al paciente a lograr "aquel plus de libertad anímica" que Freud (1915a, p.173-4) veía como meta de un psicoanálisis "practicado con arreglo al arte, no amortiguado".

La analogía del modelo escénico no cojea pues en el tema de la autenticidad. Al contrario: se podría especular que lo que sucede sobre las tablas, como lo que sucede en el sueño, es tanto más auténtico, porque sabemos que de allá nos queda la posibilidad de escaparnos. Por supuesto que también sabemos que el placer no sólo busca eternidad, sino también realidad.

Son precisamente las restricciones de la situación psicoanalítica las que crean para el paciente un marco seguro para descubrir los roles que anteriormente no había sido capaz de asumir (besetzen) adecuadamente. Al lector con formación analítica le llamará inmediatamente la atención el doble significado del besetzen alemán, verbo al que intencionalmente recurrimos, pues la teoría de la 'catexis' (Be-setzung) se refiere al mundo interno inconsciente y a su regulación energética, que está aún lejos de su escenificación, lejos del nivel en el que se puede expresar. Aquí nuevamente la analogía encuentra sus límites, desde el momento en que en psicoanálisis las escenificaciones y las coreografías se restringen estrictamente al "guión" verbal (por otra parte, el paciente desempeña su rol de manera inconsciente, es decir, sin saber que es un papel en un drama, a diferencia del actor; entonces, la analogía se presta más para describir el proceso desde el punto de vista del analista). La animación de las imágenes evocadas a través de la contratransferencia, es parte del proceso cognitivo del analista. Una imagen interior puede ser parte constituyente del deseo pulsional inconsciente del paciente, a la cual un estímulo externo le convenga como una llave a su cerradura. Complementos, correspondencias y concordancias caracterizan algunos aspectos de un acontecimiento in-

teraccional. No tocaremos aquí el antiguo problema (al cual Kunz (1946a) dedica un estudio de dos volúmenes), de si acaso el estímulo interno, la pulsión, crea la imagen o es el objeto externo el que provoca el estímulo endopsíquico. Como Freud mostró, el desarrollo humano se constituye en la "conexión laxa" de la pulsión con el objeto.

### **3.5 ¿Debe el analista confesar su contratransferencia?**

En lo que sigue, diseñaremos conclusiones que abren nuevas perspectivas y acercan a una solución los difíciles problemas del manejo de la contratransferencia. Nos referimos a la controvertida cuestión de si acaso el analista debiera o no confesar su contratransferencia al paciente. La mayoría de los analistas rechazan tal posibilidad, invocando las experiencias de Freud y su regla del incógnito con ellas conexas. Winnicott (1949), Little (1951) y Searles (1965, p.192-215 [1958]), en particular, presentaron excepciones que fueron fundamentadas mediante ejemplos. Heimann advirtió durante decenios del peligro de confirmar las percepciones realistas del paciente. Sólo tardíamente descubrió que el analista, mediante la comunicación de un sentimiento que aparece en relación con el paciente, no está ofreciendo declaraciones personales ni tampoco abrumándolo con los propios problemas vitales. Vistas más de cerca, aparece claro que las recomendaciones de Freud se refieren a no permitir que el paciente participe en los conflictos personales del analista, aun cuando sea con las mejores intenciones, porque ello confunde o abruma al paciente y le impide encontrar su propio estilo de vida. En este sentido, argumentó también Heimann en uno de sus últimos trabajos Sobre la necesidad del analista de ser natural con su paciente (1978). En una determinada situación terapéutica, Heimann no sólo se dejó guiar por un sentimiento en una interpretación, sino que lo comunicó. En relación a esto ofrece el siguiente comentario:

La comunicación de mis sentimientos, en violación a las reglas, me pareció algo muy natural. Yo misma me sorprendí de alguna manera y posteriormente seguí pensando sobre aquello. La presentación de uno mismo a través de otra persona es una estratagema bien conocida de nuestros pacientes, una solución de compromiso entre el deseo de franqueza y su resistencia, y es algo que habitualmente señalamos a nuestros pacientes. Yo habría podido hacer esto sin mencionar mis sentimientos. Más tarde, de hecho, busqué formulaciones que omitieran mis sentimientos, pero ninguna interpretación me satisfizo, todas me parecieron algo forzadas. Mi autosupervisión no produjo nada mejor. Como en otra parte lo detallara (Heimann 1960), estoy en contra de que un analista comunique sus sentimientos y deje traslucir su vida privada, pues esto abruma al paciente y lo aleja de sus propios problemas. Mientras yo no encontraba ninguna interpretación mejor que la que le di a mi paciente, reconocí que el

comunicarle que yo me estre-mecía cuando una quinceañera tiene un calibre mental de una mujer de setenta, en realidad no revela nada de mi vida privada, del mismo modo como no lo hace mi afirmación que la paciente está identificada con una muchacha adolescente (Hei-mann 1978, pp.225-226; la cursiva es nuestra).

Queremos llamar la atención sobre la frase subrayada por nosotros. Es esencial que la comunicación de un sentimiento se considere en el sentido de la complementaridad, con lo cual la autora puede decir que ella no había revelado nada sobre su vida privada. Se trata de un sentimiento situacional que, por así decir, es parte de una interacción y que clarifica a la paciente cómo ella impacta al "objeto". Quisiéramos discutir este aspecto en un nivel más general, porque estamos con-vencidos de que existen otras maneras (que las anteriormente expuestas), de hacer provechoso el uso de la contratransferencia. Para todo paciente es incomprensible que, en apariencia, los analistas no pueden ser molestados por ningún afecto y que toleren con la misma ecuanimidad la des-esperanza, el desprecio y el odio. Incluso en el fuego del más intenso amor de transferencia, el analista parece mantener su neutralidad. Las apariencias engañan: esto lo sabemos desde antes que la concepción total de la transferencia fuera formu-lada. Pues ¿cuál debe ser el efecto, si el analista arruina indirectamente su credibi-lidad al ponerse el mismo más allá del bien y del mal, interpretando al paciente lo que el paciente, basado en sus deseos inconscientes, intenta hacer con el analista como objeto transferencial? Puesto en palabras de Freud: "Es verdad que uno puede malgastar este primer éxito [se refiere a la instalación del rapport transferencial] si desde el comienzo [el analista] se sitúa en un punto de vista que no sea el de la empatía" (Freud 1913c, p.140; la cursiva es nuestra). Además, y en este mismo sentido, pertenece a la estrategia interpretativa usual el intentar mostrar al paciente que él en realidad se refiere a otro "objeto", tales como su padre, su madre, sus her-manos, etc. Así, el analista de ningún modo puede ser tocado. Para salir de esta situación, teórica y terapéuticamente penosa, se requiere conceder que, al menos en principio, el analista puede ser afectado y tocado. La neutralidad, en el sentido de una circunspección reflexiva, comienza después que la contratransferencia ha sido experimentada, y sólo así posibilita nuestra tarea profesional, creando un distan-ciamiento de las reacciones complementarias corporales y sensoriales naturales, las cuales pueden ser provocadas por los arranques sexuales y agresivos del paciente. Por eso, consideramos decisivo hacer participar al paciente de las reflexiones del analista sobre el contexto y el trasfondo de las interpretaciones, para así facilitar sus identificaciones. Con esto se regula la relación de cercanía y distancia hacia el analista como "objeto". Heimann describió este proceso. Nosotros hemos tratado de destacar su significación fundamental.



Freud conocía el origen astronómico del concepto. El famoso caso que llevó al descubrimiento de la ecuación personal se relaciona con los astrónomos Maskelyne y Kinnebrook. Maskelyne, director de un observatorio, despidió en 1796 a su ayudante porque éste observaba el paso de las estrellas, de manera habitual, más de medio segundo más tarde que él, su jefe. Maskelyne, no podía concebir que un observador igualmente atento y utilizando el mismo método registrara sistemáticamente tiempos diferentes. Sólo 26 años después esta posibilidad fue reconocida por Bessel, solventándose así la discrepancia y permitiendo que más tarde Kinnebrook fuera, finalmente, rehabilitado. "Esta ecuación personal -escribió Russell y cols. (1945)- representa una molesta posibilidad de error, pues ella varía tanto con las condiciones fisiológicas del observador, como con la naturaleza y claridad del objeto".

En un trabajo más reciente (1982), que se titula Más allá de la conraidentificación proyectiva, Grinberg reconoce el carácter monádico de su concepción anterior, e intenta integrarla dentro de una concepción interaccional, donde el analista ya no es un pasivo receptor de las proyecciones del paciente. En este nuevo marco, sin embargo, es difícil distinguir el concepto de conraidentificación proyectiva de lo planteado por Heimann y Racker.

El verbo besetzen lo tradujo Strachey por 'to cathect', que en español fue retraducido por 'catectizar' o 'invertir'. El significado principal es el de invertir con libido una idea, una palabra, un objeto, etc. En alemán 'besetzen' tiene varios significados, destacándose el de ocupar (un asiento, un país por el ejército), o tomar (una plaza enemiga), invertir (en el sentido de "fue investido con el cargo o dignidad de...") 'Besetzen' en el contexto teatral (al cual los autores aquí aluden), significa 'repartir' o asumir los papeles [nota de los traductores].

## 4 Resistencia

### 4.1 Consideraciones generales

El vocabulario empleado para referirse a la resistencia del paciente es confuso y rico en metáforas, cuyo significado primario se basa en la lucha del hombre por la existencia o, incluso, en la guerra. En el fondo, contradice al sentido común el que un paciente, que busca ayuda a causa de su padecer anímico o psicosomático, despliegue simultáneamente formas de conducta que Freud resumió bajo el término de "resistencia". Al comenzar este capítulo, nos interesa destacar que en la relación con el médico y en la relación transferencial con el psicoterapeuta, los pacientes buscan primariamente una ayuda concreta. Los fenómenos de resistencia aparecen secundariamente y como consecuencia de trastornos que conducen, de alguna u otra forma, inevitablemente a la resistencia. Tales trastornos en la relación terapéutica fueron los que dieron la ocasión para la observación original de la resistencia. Así, podemos todavía decir con Freud (1900a, p.511; cursiva en el original): Todo lo que perturba la prosecución del trabajo [analítico] es una resistencia. El trabajo analítico se lleva a cabo en la relación terapéutica. Por esta razón, el patrón básico de resistencia se dirige en contra de la relación transferencial, la que, sin embargo, es simultáneamente buscada.

El paciente que busca ayuda, al igual que su terapeuta, hace la experiencia de que el proceso de cambios como tal es inquietante, porque el equilibrio que el paciente ha alcanzado, incluso a costa de serias restricciones de su libertad de movimiento interna y externa, garantiza un cierto grado de seguridad y estabilidad. En base a este equilibrio, se está a la expectativa y se imaginan acontecimientos, aun cuando éstos puedan ser desagradables. Aunque el paciente persiga conscientemente un cambio, se crea un círculo vicioso que se refuerza y se mantiene a sí mismo, pues el equilibrio, no importando lo patológicas que sean sus consecuencias, contribuye decisivamente a reducir la angustia y la inseguridad. Las diversas formas de resistencia tienen la función de mantener el equilibrio que se ha alcanzado. De esto surgen diversos aspectos de la resistencia:

1. La resistencia se relaciona con el cambio, que es conscientemente pretendido pero inconscientemente temido.
2. La observación de la resistencia está unida a la relación terapéutica. Los actos fallidos o algún otro fenómeno motivado inconscientemente pueden también ser observados fuera de la terapia. La resistencia es parte del proceso terapéutico.
3. Ya que la continuación del trabajo analítico puede ser perturbado de múltiples maneras, no hay ninguna forma de conducta que no pueda ser erigida

en resistencia, cuando ella alcanza una cierta intensidad. La cooperación entre terapeuta y paciente sufre si la resistencia sobrepasa un cierto nivel de intensidad, lo que puede ser detectado en un amplio rango de fenómenos. Un alza en el amor ciego de transferencia puede llegar a ser resistencia de la misma manera que el informe excesivo de sueños o que una reflexión demasiado racional sobre los mismos.

4. En la evaluación de la resistencia se usarán entonces criterios cualitativos y cuantitativos. Por ejemplo, la transferencia positiva o la negativa llegan a ser resistencia si alcanzan una intensidad tal que dificulte o impida la cooperación reflexiva.

Glover (1955) distingue las formas obvias y toscas de resistencia de las más inaparentes. Las formas toscas incluyen la impuntualidad, el olvido de sesiones, hablar mucho o no hacerlo en absoluto, el rechazo automático o el malentender permanentemente lo que el analista diga, el hacerse el tonto, la persistente falta de atención, el quedarse dormido y, finalmente, la interrupción del tratamiento.

Estos trastornos crasos crean la impresión de un sabotaje consciente e intencional y tocan al analista en un punto especialmente sensible. Algunas de las formas de conducta mencionadas poco antes, tales como llegar tarde o faltar a sesiones, deterioran el trabajo analítico y pueden inducir al analista a plantear interpretaciones globales que, en el mejor de los casos, pueden ser consideradas medidas educativas o, en el peor, conducen a la lucha por el poder en la relación. Tales complicaciones se pueden desarrollar con particular rapidez y precisamente al comienzo del tratamiento. Es por lo tanto esencial recordar que el paciente busca primordialmente una relación de ayuda. En la medida en que el analista no se deje enredar en la lucha por el poder, se podrán reconocer signos más finos de resistencia en contra de la transferencia positiva, en las formas poco llamativas de evitación en el diálogo, que dan al analista la posibilidad de interpretar. Así pues, no tiene por qué producirse necesariamente la lucha por el poder que podría resultar del desafío que lógicamente constituyen los ataques a las condiciones de existencia de la terapia.

La resistencia al trabajo terapéutico llegó a ser "resistencia al proceso psicoanalítico", como Stone (1973) tituló una amplia revisión sobre el tema. Entre 1900 y la fecha de publicación de esa revisión, han sido descritas muchas formas típicas y particulares de resistencia. Estas han sido clasificadas, con la inevitable pérdida en claridad y vivacidad, de acuerdo con puntos de vista cualitativos y cuantitativos, y según la génesis de la resistencia. Ya que la resistencia en contra del proceso psicoanalítico se considera como resistencia de transferencia, esta forma de resistencia ha estado siempre en el centro de la atención. Por eso, nos parece adecuado clarificar primero cuándo y por qué aparece la resistencia de transferencia.

Antes de pasar a la siguiente sección, creemos importante hacer algunas anotaciones en relación a la importancia que se ha dado al concepto de resistencia en

el trabajo teórico y clínico del psicoanálisis latinoamericano. Si se revisa el índice temático acumulativo de la "Revista de psicoanálisis", de la Asociación Psicoanalítica Argentina, la publicación más antigua de habla castellana, se puede constatar que entre 1943 y 1979 se publicó solamente un trabajo que pudo ser clasificado bajo el tema resistencia. En 1979 aparecieron 16 artículos sobre el tema, como si sólo en ese momento se hubiera tomado conciencia de la falta de reflexión (de hecho, ese año se llevó a efecto una mesa redonda sobre el tema "Ubicación de la resistencia en el proceso analítico"). Posteriormente a esa fecha y hasta 1985, no se publica ningún trabajo más al respecto. Por su parte, el libro de técnica de Etchegoyen (1986), en alguna medida reflejo del conocimiento psicoanalítico argentino, no contiene ningún capítulo especialmente dedicado a la concepción psicoanalítica de la resistencia. ¿Qué sucede entonces? ¿Es acaso que en Latinoamérica (siempre tomando la escuela argentina como índice) los analistas no encuentran sentido al concepto? De ninguna manera. El concepto es usado ampliamente en la práctica, pero generalmente en un contexto teórico tal que no le asigna un nivel especial de autonomía. Por ejemplo, Etchegoyen trata bastante el asunto de la resistencia frente al proceso cuando, en la última parte de su libro (pp.609-752), se refiere a las vicisitudes del proceso analítico y donde, junto a dos vicisitudes "favorables" (insight y elaboración), discute cinco que podríamos llamar resistenciales: el acting out, la reacción terapéutica negativa, la reversión de la perspectiva, el malentendido y el impasse terapéutico. La razón del relativo descuido del concepto de resistencia en la tradición teórico-técnica latinoamericana debiera quizás buscarse, una vez más, en la enorme influencia en ella de la concepción kleiniana y la poca de la psicología del yo, en la cual el análisis de la resistencia constituye un pilar de la técnica clásica. Es sabido que la ampliación de la concepción de la transferencia llevada a cabo por M. Klein condujo a la idea de que todo lo que el paciente aporta a la relación es, por definición, transferencia. Ahora bien, el analista está ahora en condiciones de interpretar, desde el mismo comienzo del análisis, ansiedades y fantasías "profundas", donde incluso los aspectos más tempranos también serían de alguna manera accesibles. El problema de esta concepción, según se refleja en las polémicas históricas entre las escuelas, es cuándo y cuánto, y con qué criterios interpretar, es decir, el problema de la resistencia. Si, por otro lado, se leen trabajos clínicos kleinianos, se nota rápidamente que ésta es una preocupación constante del analista. Rosenfeld, en su último libro (1987, pp.31-44), dedica una sección a los factores terapéuticos y antiterapéuticos en el funcionamiento del analista, destacando entre estos últimos las fallas de empatía que conducen a interpretaciones rígidas, fuera de tiempo, o a no aceptar la crítica de los pacientes hacia ellos, todo lo cual tiene que ver con el aspecto resistencial del proceso; por lo tanto, no podemos decir que los analistas kleinianos no trabajen con el concepto de resistencia, aunque no teorizan explícitamente sobre él. Sin embargo, la desventaja que vemos en la falta de una reflexión teórica específica en torno al concepto de resistencia, es



que así se pasan por alto muchas otras posibles funciones de la resistencia, funciones que desde el punto de vista técnico son muy importantes de considerar. Según nuestra experiencia, la consideración explícita de los distintos aspectos de la resistencia aparece especialmente importante en la formación psicoanalítica. Es frecuente que los candidatos, entusiasmados por la concepción total de la transferencia, interpreten demasiado pronto y "profundo", lo cual conduce al menos a complicaciones transferenciales, si es que no a la interrupción del tratamiento, con la consecuente experiencia traumática para el paciente y para el novel psicoanalista. Pensamos entonces, que así como la resistencia tiene una función protectora para el paciente, su consideración explícita y el no perderla de vista en el tratamiento protege la relación terapéutica y con eso también al analista.

#### **4.1.1 Clasificación de las formas de resistencia**

La transferencia fue primero descubierta por Freud como resistencia, como el principal obstáculo. Los pacientes (en particular mujeres, lo que es significativo) no se atenían a los estereotipos del médico y del paciente, prescritos en coherencia con las reglas y la relación, sino que incorporaban al terapeuta en su mundo personal de fantasía. Como médico, Freud se sentía molesto por esta observación. A causa de su mala conciencia y su vergüenza por violar así mentalmente una convención, las pacientes escondían sus fantasías y desarrollaban de este modo una resistencia en contra de los sentimientos y deseos sexuales transferidos a Freud. Ya que Freud no había dado ninguna ocasión para su génesis actual, esto es, para la situación precipitante, pareció obvio volver la atención hacia la historia previa de los patrones de expectativas inconscientes. El estudio de la transferencia como un "falso enlace" condujo al mundo pasado de los deseos y fantasías inconscientes y, finalmente, al descubrimiento del complejo de Edipo y el tabú del incesto. Cuando se hizo posible deducir de los padres (y de la relación no chocante hacia ellos) la influencia que ejerce el doctor, se modificó la comprensión de la transferencia; de obstáculo principal pasó a constituir la herramienta más poderosa de la terapia, en tanto en cuanto no llegue a ser transferencia negativa o positiva abiertamente erotizada.

La relación entre transferencia y resistencia (en el concepto de resistencia de transferencia) puede ser descrita esquemáticamente como sigue: después de superar la resistencia en contra del devenir consciente de la transferencia, la terapia, en la teoría de Freud, se basa en la transferencia benigna no chocante, que así llega a ser la herramienta más deseable y poderosa del analista. La transferencia positiva, en el sentido de una relación sui generis, constituye la fundamentación de la terapia. (véase cap. 2).

La relación de trabajo (como diríamos actualmente) es puesta en peligro si la transferencia positiva se intensifica o si se crean polarizaciones, denominadas

amor de transferencia o transferencia negativa (agresiva). La transferencia llega a ser así nuevamente resistencia, si la actitud del paciente con el analista se erotiza (amor de transferencia) o si se transforma en odio (transferencia negativa). De acuerdo con Freud, estas dos formas de transferencia llegan a ser resistencia si impiden el recordar.

Finalmente, en la resistencia a la resolución de la transferencia encontramos un tercer aspecto. En el concepto de resistencia de transferencia se encuentran por lo tanto unidas la resistencia al devenir consciente de la transferencia, la resistencia como amor de transferencia o como transferencia negativa y la resistencia a la resolución de la transferencia.

Las formas concretas que toman los diferentes elementos de la resistencia de transferencia dependen de cómo las reglas y las interpretaciones estructuran la situación terapéutica. Por ejemplo, la resistencia al devenir consciente de la transferencia es un componente regular de la fase introductoria. Las acentuaciones y disminuciones posteriores de esta forma de resistencia reflejan fluctuaciones propias de la pareja analítica. Un paciente paranoide desarrollará rápidamente una transferencia negativa, del mismo modo que en una ninfomaniaca no tardará en manifestarse una transferencia erotizada. Es la intensidad de estas transferencias lo que las convierte en resistencias. Un amplio espectro separa estos extremos y, dentro de él, el analista decidirá qué tipo de conductas interpretará como resistencia. En este sentido, la clasificación tardía de Freud (1926d) ofrece criterios diagnósticos que, junto a la resistencia de represión y la resistencia de transferencia, incluyen la resistencia superyoica y la del ello, además de la resistencia debida a la ganancia secundaria de la enfermedad.

De este modo, la clasificación moderna en dos formas de resistencia yoica (resistencia de represión y resistencia de transferencia), resistencia superyoica y resistencia del ello se retrotrae a la revisión que hizo Freud de su teoría en los años veinte. Ya que la resistencia de transferencia retiene en la teoría estructural su rol central, los dos modelos básicos de resistencia de transferencia, esto es, la transferencia excesivamente positiva (erotizada) y la transferencia negativa (agresiva), se mantienen en el foco del interés terapéutico. Por esta razón, hemos diferenciado más el concepto de resistencia de transferencia.

En nuestra discusión de la teoría de la transferencia (cap. 2) no tocamos las complicaciones que surgen del hecho de que ambas formas básicas de resistencia de transferencia pueden hacer la cura más difícil. En la transferencia negativa el rechazo agresivo puede ganar la mano y con ello la terapia llegar a un estancamiento o interrumpirse (Freud 1912b, 1937c, p.241).

Es de hacer notar que Freud mantenga la clasificación polar de la resistencia en las formas negativa (agresiva) y la abiertamente positiva (erotizada), a pesar de que, entre 1912 y 1937, la modificación de la teoría de las pulsiones y especialmente la introducción de la teoría estructural habían conducido a

clasificar la re-sistencia en cinco formas. Probablemente, este rasgo conservador en el pensamiento de Freud dependa de que, desde el punto de vista de la técnica, se mantuvo adherido a la polarización entre amor y odio en la fase edípica del conflicto y su transferencia, como lo señala, entre otros, Schafer (1973). De esto, y de la ambivalencia humana universal, inevitablemente se desprenden las transferencias positiva y negativa.

Ahora bien, ¿qué sucede con la intensificación de la transferencia en el momento en que se ha transformado en resistencia, sea en la forma de amor de transferencia o de odio insuperable? Sin querer minimizar el potencial humano para el odio y la destructividad, no cabe duda de que el rol que juega la técnica en el desencadenamiento de la resistencia en forma de transferencia negativa, ha sido por largo tiempo descuidado (Thomä 1981). A. Freud (1954a, p.618) plantea la pregunta de si acaso, en último término, la negación (a veces total) del hecho de que analista y paciente son, ambos, adultos en una mutua relación real y personal no podría ser responsable de algunas de las reacciones agresivas que provocamos en nuestros pacientes y que consideramos, posiblemente, sólo como transferencia.

Lo mismo vale para el amor de transferencia, en especial en la medida en que éste, como transferencia erotizada, lleva el análisis al fracaso o parece hacerlo imposible desde el principio. Naturalmente, conocemos también otros casos de amor de transferencia, como los descritos, por ejemplo, por Nunberg (1951), Rappaport (1956) y Blum (1973). El que la transferencia erotizada pueda transformarse en resistencia, es algo que no puede ponerse en duda. Queremos, sin embargo, llamar la atención sobre el hecho de que hasta en las más recientes publicaciones, la influencia del analista y de su técnica de tratamiento en el desarrollo de las transferencias negativa y erotizada es a menudo sólo mencionada al pasar. Esto ocurre a pesar del reconocimiento general de cuán fuertemente las transferencias negativas (y lo mismo es válido para las erotizadas) dependen de la contratransferencia, de la técnica de tratamiento y de la posición teórica del analista.

Junto con Schafer (1973, p.281), nos preguntamos también en nuestro trabajo analítico:

¿Cómo podemos entender que el paciente viva, precisamente de esta manera y no de otra, produciendo justo estos síntomas y sufriendo precisamente de esta forma, produciendo tales relaciones y experimentando precisamente estos sentimientos?; ¿por qué interrumpe un entendimiento más profundo exactamente de esta manera y en este preciso momento? ¿Qué deseo o conjunto de deseos están siendo satisfechos y en qué medida? En este sentido, el análisis clínico desemboca en la investigación de afirmaciones, de realizaciones de deseo. Esto es lo que, finalmente, se quiere decir con el análisis de la resistencia y de la defensa. ¿A qué fin sirven la resistencia y la defensa? ¿Qué persigue esta persona?

Schafer tuvo razón al poner al final la pregunta sobre la función de la resistencia y de la defensa. Las defensas habituales del sí mismo (self) contra peligros imaginarios son la consecuencia de un proceso de toda una vida de intentos fracasados de encontrar seguridad y satisfacción en las relaciones interpersonales. Por esta razón destacaremos en el párrafo que sigue la función reguladora de la resistencia en la relación.

#### **4.1.2 La función reguladora de la resistencia en la relación**

El énfasis en esta función de la resistencia trae consigo que nos dediquemos especialmente a la relación entre resistencia y transferencia. En la resistencia a la transferencia se unen pues el modelo de conflicto intrapsíquico (resistencia de represión) con la psicología de las relaciones de objeto y el modelo de conflicto interpersonal. Esta conexión fue establecida por Freud a propósito de la transformación de la teoría de la angustia en Inhibición, síntoma y angustia (1926d), en cuyo anexo se encuentra la clasificación, expuesta anteriormente, de las cinco formas de resistencia. Recordemos que Freud retrotrajo todas las angustias neuróticas a peligros reales, es decir, a amenazas que provienen del exterior.

La angustia de castración y la angustia por la pérdida del objeto o su amor son entonces productos cuya génesis requiere de dos o tres personas. A pesar de esto, en el modelo psicoanalítico del conflicto el proceso emocional interno ha sido subrayado unilateralmente. Por un lado, la teoría de la descarga sugiere que las angustias de aniquilación severas se derivan de factores cuantitativos. Por el otro lado, se descuidó la influencia de la situación en la génesis de la angustia. También en relación a la indicación, se considera que los casos especialmente adecuados para psicoanálisis son aquellos que muestran estructuras estables, esto es, conflictos interiorizados. La pregunta es, entonces, sobre lo que perturba la homeostasis, el balance interno.

Los analistas que se orientan según el modelo intrapsíquico de conflicto, responden como lo hace Brenner (1979b, p.558): "Cualquier actividad mental que sirve el propósito de evitar el displacer despertado por derivados instintivos es una defensa. No hay otro modo válido de definir defensa".

Los analistas que ponen más énfasis en las relaciones de objeto como parte de la teoría toman el punto de vista que Brierley (1937, p.262), ya muy tempranamente, representó:

El niño está al comienzo ocupado con objetos sólo en relación a sus propios sentimientos y sensaciones, pero tan pronto como los sentimientos se unen firmemente a objetos, el proceso de defensa contra los instintos llega a ser un proceso de defensa contra los objetos. El niño pequeño trata entonces de dominar sus sentimientos manipulando los objetos que los representan.

### 4.1.3 Resistencia y defensa

Consideramos especialmente importante clarificar la mutua relación que existe entre resistencia y defensa. Estos dos términos son usados a menudo como sinónimos. Sin embargo, los fenómenos de resistencia pueden ser observados mientras que los procesos de defensa deben ser inferidos. En palabras de Freud (1916-17, p.269; cursiva en el original), "el proceso patógeno que la resistencia nos revela ha de recibir el nombre de represión".

El uso de los términos "resistencia" y "defensa" como sinónimos puede fácilmente conducir al malentendido de que la sola descripción entrega ya una explicación para la función de la resistencia. En jerga clínica, a menudo las conexiones psicodinámicas se presentan como si fueran descripciones globales: la transferencia negativa sirve como defensa contra sentimientos positivos; los flirteos histéricos defienden contra defectos del self y ansiedades tempranas de abandono, etc.

La tarea importante consiste, por el contrario, en reconocer las instancias individuales de tales conexiones psicodinámicas, esto es, los actos psíquicos específicos, y en hacerlos terapéuticamente útiles. De esta manera procedió Freud cuando construyó el prototipo de todos los mecanismos de defensa, la resistencia de represión, y la relacionó con el tipo de vivenciar del paciente y con los síntomas. En esta descripción, una forma particular de resistencia se relaciona con el prototipo de todos los mecanismos de defensa.

Debe destacarse que el concepto de resistencia pertenece a la teoría de la técnica mientras que el concepto de defensa se relaciona con el modelo estructural del aparato psíquico (Leeuw 1965).

Formas típicas de defensa, tales como identificación con el agresor, implican procesos complejos y de muchas etapas de defensa (represión, proyección, escisión, etc.). Estos procesos inconscientes configuran el fundamento para una multitud de fenómenos de resistencia (Ehlers 1983).

De este modo, el desarrollo posterior de la teoría de los mecanismos de defensa hizo más accesible a la terapia las así llamadas resistencias de defensa, más allá de la forma prototípica (resistencia de represión). Es posible describir la resistencia de represión usando la famosa frase de Nietzsche en *Más allá del bien y del mal*: "‘Lo hice’, dice mi memoria. ‘No puedo haberlo hecho’, dice mi orgullo, implacable. Finalmente, cede mi memoria." Para el psicoanálisis, los procesos inconscientes de autoengaño son, por supuesto, el punto central del interés (Fingarette 1977).

La consecuencia práctica más importante de la teoría estructural fue la tipología clínica de los fenómenos de resistencia descrita por A. Freud (1936). La "transferencia de la defensa", por ejemplo, resulta ser la "resistencia a la transferencia" en el sentido descrito anteriormente. El hecho de que algunas

veces se hable de resistencia y otras de defensa resulta, en parte, del significado similar de ambas palabras.

Otra razón es que la experiencia clínica de formas típicas de resistencia fue descrita, por décadas, en términos de procesos de defensa. Finalmente, hay una relación lingüística entre los procesos de defensa inconscientes de una persona y sus acciones: el paciente es quien desmiente, quien repara o vuelve algo en contra de sí mismo, quien escinde o trata de anular algo que hizo, o quien regresa.

En la preferencia por una terminología de defensas probablemente se expresó la tendencia que condujo al lenguaje de acción de Schafer (1976). Un examen cercano de formas típicas de defensa conduce más allá de la teoría de los mecanismos de defensa y hace necesario, por ejemplo, reparar en los complejos fenómenos de la actuación, de la compulsión a la repetición y de la resistencia del ello. De distintas maneras, estos mecanismos sirven para mantener un balance y causan la resistencia específica a los cambios. Así, por razones de brevedad, la terminología psicoanalítica se refiere a la resistencia, por ejemplo, en términos de regresión, proyección o negación (desmentida). Ya que los mecanismos inconscientes de defensa se deducen de la resistencia, esto es, no pueden experimentarse inmediatamente u observarse directamente, la relación entre resistencia y defensa está rodeada de complicados problemas de validación de constructo. Esperamos haber demostrado convincentemente que es objetable el uso global de "resistencia" y "defensa" como términos sinónimos.

Los puntos de vista generales mencionados hasta el momento tocan temas a los cuales nos dedicaremos con más detalle en las próximas secciones de este capítulo. El énfasis debe colocarse en lo siguiente : ya que, desde su descubrimiento hacia adelante, Freud atribuye a la resistencia un rol en la regulación de las relaciones, en la sección 4.2 nos preocuparemos de su función protectora en relación a la angustia. A este respecto, se prueba como indispensable que también sean considerados otros afectos señales. En estas notas introductorias hemos asignado un lugar especial a la resistencia de transferencia a causa de su gran significación y volveremos a ella en la sección 4.3 en conexión con la represión.

La clasificación de Freud nos mueve a presentar, en la sección 4.4, las resistencias superyoica y del ello. Estas formas de resistencia deben sus nombres a la revisión profunda que Freud hizo de sus teorías en los años veinte. La reorganización de la teoría de la pulsión y la sustitución del modelo topográfico (con las capas inconsciente, preconscious y consciente) por la teoría estructural (ello, yo y superyó), según nuestra opinión, se deben retrotraer a experiencias en la situación analítica. El descubrimiento de sentimientos de culpa inconscientes en la así llamada reacción terapéutica negativa condujo a la suposición de que partes significativas del yo y del superyó son inconscientes. Al mismo tiempo, Freud se impresionó profundamente por la compulsión a la repetición, que trató de explicar por

medio de la naturaleza conservadora de las pulsiones atribuidas al ello. De esta manera, la fuerza del ello parecía explicar la inercia de la transferencia erotizada y de la transferencia negativa, agresiva, como también la resistencia superyoica. La discusión crítica de estas formas de resistencia tiene consecuencias teóricas y prácticas que aclararemos usando como ejemplo la manera como hoy se entiende la re-acción terapéutica negativa (4.4.1).

Una sección más allá (4.4.2), discutiremos nuevos desarrollos de las teorías sobre la agresión humana. En la sección 4.5 nos dedicaremos someramente al tema de la ganancia secundaria de la enfermedad, que en la clasificación de Freud se coloca bajo las resistencias yoicas. Esta forma de resistencia, extremadamente importante, se discute en detalle en el capítulo 8, en el contexto de los factores que trabajan en la mantención de los síntomas. En nuestra opinión, la ganancia secundaria de la enfermedad ha recibido muy poca atención en la técnica psicoanalítica.

Finalmente, en la sección 4.6 nos dedicamos a la resistencia de identidad, según la describió Erikson. Esta forma de resistencia es el prototipo de un grupo de fenómenos resistenciales que son de una significación clínica y teórica crucial. Como tales, los fenómenos descritos como resistencia de identidad no son nuevos. La innovación de Erikson reside en la reorientación teórica según la cual él conecta la función de la resistencia (y también los procesos de defensa inconscientes) con la mantención del sentimiento de sí o sentimiento de identidad, que es psicosocial en su origen. Con eso se introduce un principio superior de regulación. La separación del principio del placer del económico y de la teoría de la descarga de ningún modo condujo a descuidar los descubrimientos de Freud relativos al mundo de deseos inconsciente del hombre. Muy por el contrario, creemos, junto a G. Klein y muchos otros analistas contemporáneos, que la teoría psicoanalítica de la motivación gana en plausibilidad y utilidad terapéutica, cuando se entiende la búsqueda pulsional tras satisfacciones sexuales edípicas o pregenitales como componente esencial de la construcción del sentimiento de sí. La suposición de una mutua dependencia entre regulación de sentimientos de sí (como identidad yoica o de sí mismo) y satisfacción de deseo se origina en la experiencia ganada en la praxis psicoanalítica. Ella soluciona, además, el dilema en el cual terminó Kohut con su teoría del desarrollo en dos carriles, con procesos independientes de formación (narcisista) del self y de desarrollo (libidinoso) de los objetos. No es difícil mostrar lo absurdo de separar la formación (narcisista) del self de las relaciones de objeto (pulsionales): no hay trastornos de las relaciones de objeto sin perturbaciones del self y viceversa.

## **4.2 La angustia y la función protectora de la resistencia**

Freud encontró resistencia en pacientes histéricos al tratar de que revivieran sus recuerdos olvidados. Cuando, en el período preanalítico, aplicaba la hipnosis y el procedimiento de presión, todo lo que en el paciente se opusiera a los intentos del doctor de influenciarlo era considerado como resistencia. Estas fuerzas, que se dirigían directamente hacia afuera, esto es, en contra de los intentos del médico de influenciar al paciente, eran para Freud una imagen en espejo de las fuerzas internas que habían conducido a la disociación durante la génesis de los síntomas y que los mantenían actuantes.

Una fuerza psíquica, la desinclinación (*Abneigung*) del yo, había originalmente esforzado afuera de la asociación la representación patógena [es decir, había conducido a una disociación], y ahora contrariaba su retorno en el recuerdo. Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad un... no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico (Freud 1895d, p.276; cursiva en el original).

Desde el principio se unió la observación terapéutica con un modelo explicativo, de acuerdo con el cual la intensidad de la resistencia indicaba el grado de deformación de las ocurrencias y de los síntomas (Freud 1904a). El descubrimiento de arranques pulsionales y de deseos y angustias edípicas profundizó el conocimiento sobre los motivos de la resistencia y fortaleció su rol clave en la técnica de tratamiento. Sandler y cols. lo resumen así:

La entrada del psicoanálisis en la que ha sido descrita como su segunda fase y el reconocimiento de la importancia de impulsos y deseos internos (en contraste con experiencias reales dolorosas) en la causación del conflicto y la motivación de defensas, no trajo ningún cambio en el concepto de resistencia. Sin embargo, la resistencia se vio ahora no sólo dirigida en contra de la evocación de recuerdos desagradables sino también en contra de la toma de conciencia de impulsos inaceptables (1973, p.72).

El punto de partida fue el "no querer saber". Lo que ahora requería explicación era el "no poder saber", los autoengaños y los procesos inconscientes que conducían a la reproducción distorsionada de los deseos pulsionales.

Entre tanto, se completó el registro descriptivo de los fenómenos de resistencia. Casi 100 años después del descubrimiento de Freud, probablemente no hay impulso humano que no haya ya sido descrito en la literatura en función de su relación con alguna resistencia específica. Si el lector se imagina a sí mismo comunicando a un oyente ficticio todo lo que se le pasa por la mente, no le será difícil familiarizarse con el sentimiento de la resistencia. En el diálogo terapéutico, la resistencia tiene una función reguladora de la relación. Es por eso que, desde el comienzo, las observaciones de Freud se sitúan



en el contexto de la relación del paciente con el médico; él las entendió en estrecha conexión con la transferencia. Como ya lo mencionamos, la función reguladora de la resistencia (de "guardia fronteriza") fue descuidada debido al modelo restrictivo de conflicto y estructura. Sin embargo, el contexto del descubrimiento de la resistencia siguió siendo decisivo en todos los intentos posteriores de explicación: ¿Por qué aparecen los fenómenos de resistencia en la relación terapéutica y cuál es su propósito? Freud (1926d) respondió más tarde esta pregunta de manera global: todos los fenómenos de resistencia son correlatos de la defensa contra la angustia. Así, la represión, prototipo de los mecanismos de defensa, se definió en función de la angustia como afecto displacentero. En el estilo expresivo globalizante de Freud, la angustia es una metonimia (pars pro toto) de la vergüenza, la pena, la culpa, la debilidad, es decir, finalmente, de todos los afectos señales displacenteros.

Consecuentemente, la angustia llegó a ser el afecto más importante en la teoría psicoanalítica de la defensa. Freud (1926d) llegó a decir que la angustia, con la reacción de ataque-fuga que le pertenece y sus contrapartes en la esfera emocional, constituye el núcleo del problema de la neurosis. Los procesos inconscientes de defensa están así anclados biológicamente. De esta manera, el énfasis puesto en la angustia como el motor de las enfermedades mentales y psicosomáticas condujo, además, a que se desatendieran otros afectos señales independientes. Hoy en día, y tanto por razones teóricas como terapéuticas, los afectos señales deben verse de manera más diferenciada. No ir más allá del prototipo histórico, esto es, más allá de la angustia y las defensas en contra de ella, no hace justicia al vasto espectro de los trastornos afectivos. Si el paciente está en realidad defendiéndose de otra emoción diferente y el analista interpreta angustia, entonces éste ignora de hecho la vivencia del paciente. Una cosa es que muchos fenómenos culminen como angustia, y ésta es la razón por la cual hablamos de angustia de vergüenza, angustia de separación y angustia de castración, pero otra cosa muy diferente es que en la jerarquía de los afectos se dan vastas autonomías, cuya fenomenología sólo en las últimas décadas encuentra un interés creciente en psicoanálisis.

Muchas razones se pueden dar para esto. Rapaport (1953) fue probablemente el primero que llamó públicamente la atención sobre la inexistencia de una teoría psicoanalítica sistemática de los afectos. La derivación de los afectos desde las pulsiones y la visión de Freud de los afectos como representando energías pulsionales no favoreció el desarrollo de una descripción fenomenológica sutil de estos afectivos cualitativamente diferentes. Como consecuencia de la revisión de la teoría de la angustia, la angustia señal llegó a ser el prototipo de todos los estados afectivos. En esta revisión, Freud separó ampliamente la angustia señal de los procesos económicos de descarga (1926d, p.131-2); describió situaciones típicas de peligro y distinguió entre distintos estados afectivos, como, por ejemplo, el dolor como afecto. Pero la angustia mantuvo en el psicoanálisis un rol exclusivo, precisamente y no en último

lugar, porque muchos afectos tienen a la angustia como componente (Dahl 1978).

Basando nuestra descripción en los estudios de Wurmser (1981), quisiéramos ahora ilustrar la consideración diferenciada de un afecto y su relación con la angustia usando como ejemplo la vergüenza. Quien sufre de angustia de vergüenza (shame anxiety) tiene miedo de ser expuesto ante los demás y, con eso, humillado. De acuerdo con Wurmser, un afecto de vergüenza complejo se organiza en torno a un núcleo depresivo: "me he expuesto a mí mismo y me he sentido humillado; quisiera desaparecer; no quiero seguir existiendo como alguien que se expone de tal manera a sí mismo". La queja puede ser eliminada solamente si desaparece la exposición, "si me escondo, si 'me hago humo', si es necesario a través de mi extinción".

Además, la vergüenza se da como protección, como un esconderse preventivo al modo de una formación reactiva. Obviamente, la función protectora general de la resistencia se relaciona de manera muy particular con sentimientos intolerables de vergüenza. Según Wurmser, las tres formas de vergüenza, angustia de vergüenza, vergüenza depresiva y vergüenza como formación reactiva, tienen un polo en el sujeto y otro en el objeto: uno se avergüenza de algo y en relación a alguien. Desde el punto de vista técnico, un análisis fenomenológico sutil de los distintos estados afectivos es importante, precisamente porque permite una especificación psicoanalítica de aquello que en ese momento sería proceder con tacto. La delicadeza en el análisis de la resistencia no es entonces sólo un resultado de la empatía y de la intuición. En el énfasis actual en la contratransferencia vemos un signo de mayor interés en el carácter polifacético de las emociones y los afectos.

La función protectora de la resistencia puede ser también descrita por medio de otros afectos. Krause (1983, 1985) y Moser (1978) han demostrado que emociones agresivas como fastidio, enojo, rabia y odio, se emplean como señales internas de la misma manera como la angustia, y pueden, igualmente, desencadenar procesos defensivos. Ciertamente, es también posible que las emociones agresivas se acumulen hasta el punto de expresarse como angustia señal, y es por eso que la teoría de la angustia es tan elegante, parsimoniosa y unificadora. El genio de Freud funcionaba como la navaja de Occam, subordinando al prototipo, al menos parcialmente, sistemas afectivos de señal independientes, como si fueran vasallos.

Desde el punto de vista terapéutico, no es aconsejable poner atención especial sobre la angustia señal. Moser usa el siguiente argumento para sustentar la regla técnica de aceptar la independencia de otros afectos señales:

Estos afectos [fastidio, enojo, rabia, odio, etc.] se emplean como señales internas de la misma manera que la angustia, siempre y cuando la vivencia afectiva haya alcanzado el nivel de desarrollo de un sistema interno de comunicación (sistema de señales). En muchos desarrollos neuróticos (por ejemplo, en depresiones neuróticas, neurosis obsesivas, trastornos neuróticos

del carácter) el sistema de señal agresivo se encuentra totalmente atrofiado o pobremente desarrollado. Estos pa-cientes no perciben sus impulsos agresivos y consecuentemente no los recono-cen, no pudiendo integrarlos en un contexto situacional. Tales pacientes se mues-tran agresivos sin darse cuenta de ello (y tampoco son capaces de reconocerse como tales retrospectivamente), o reaccionan ante los estímulos del medio am-biente provocadores de agresión con activación emocional, analizando los estí-mulos de manera diferente, por ejemplo, interpretándolos como señal de angustia. En este caso se produce un desplazamiento desde el sistema de señal de la agresión al sistema de la angustia señal [...]. En la teoría de la neurosis estos procesos de sustitución han sido descritos como típicos mecanismos afectivos de defensa, con términos como "agresión como defensa contra la angustia" o "angustia como de-fensa contra la agresión". Existen, por lo tanto, buenas razones para colocar, al lado de la teoría de la angustia señal, una "teoría de la agresión señal" (Moser 1978, p.236s).

Waelder describió el desarrollo de la técnica psicoanalítica por medio de una serie de preguntas que el analista se plantea. Primero, "[estaba] constantemente en su mente la pregunta: ¿Cuáles son los deseos del paciente? ¿Qué quiere el paciente (inconscientemente)?" Después de la revisión de la teoría de la angustia, "la vieja pregunta por sus deseos tuvo que ser complementada por una segunda pregunta, también continuamente en la mente del analista: ¿Y qué es lo que teme?" Fi-nalmente, los conocimientos sobre los procesos inconscientes de defensa y resis-tencia, condujeron a la tercera pregunta: "¿Y cuando tiene miedo, qué es lo que hace?" (Waelder 1960, pp.182s). Waelder afirmó que hasta ahora no se han agre-gado otros aspectos que ayuden al analista a orientarse en la investigación de su paciente.

Hoy en día es conveniente plantearse, además, una serie de otras preguntas, como, por ejemplo, ¿qué hace el paciente cuando está avergonzado, cuando se ale-gra o se siente sorprendido, cuando siente pena, temor, asco o rabia? Los modos de expresión de las emociones son muy variados y pueden ser precedidos por estados inespecíficos de activación emocional. Las emociones y los afectos (y usamos estos términos como sinónimos) pueden entonces ser interrumpidos ya en los es-tadios previos, por así decirlo, en sus mismas raíces, pero también pueden acumu-larse hasta la angustia. Desde el punto de vista técnico no debe perderse de vista la amplia escala de afectos, pues el dar nombre cualitativo a los distintos movimien-tos del ánimo facilita la integración y dificulta, en mayor o menor medida, la acu-mulación de los afectos.

Naturalmente, siempre ha habido una cantidad de otras preguntas que no pre-ocuparon a Waelder. Desde un punto de vista diádico y terapéutico (no debemos perderlo de vista), el analista se plantea, paralelamente, una serie de preguntas que tienen un denominador común: ¿qué hago yo para provocar en el paciente esta angustia y esta resistencia? y sobre todo: ¿qué apporto yo para

su superación? En la discusión de estas consideraciones diagnósticas es necesario distinguir los diferentes afectos señales unos de otros. Hoy en día, incluso un analista tan conservador como Brenner (1982) reconoce que los afectos depresivos y los afectos angustiosos displacenteros son factores igualmente importantes en el desencadenamiento de conflictos. Que sea discutible atribuir autonomía a los complejos afectos depresivos en el sistema de señal no es importante para nuestra discusión. El punto decisivo es entender la regulación placer-displacer y la génesis del conflicto de manera amplia y no limitarse a la angustia, no importando lo esencial que pueda ser este afecto señal prototípico.

Como Krause lo enfatizara (1983), la teoría de los procesos defensivos (y de resistencia) debe considerar de manera especial el carácter comunicativo de los afectos. Freud tomó de Darwin (1872) la importancia que dio, en sus primeros escritos, a la conducta expresiva emocional. En la posterior teoría de la pulsión los afectos fueron vistos cada vez más como productos de descarga o inversión. La pulsión encuentra su representante (*Repräsentanz*) en la representación (*Vorstellung*) y en el afecto, y se descarga hacia adentro:

La afectividad se exterioriza esencialmente en una descarga motriz (secretoria, vasomotriz) que provoca una alteración (interna) del cuerpo propio sin relación con el mundo exterior; la motilidad, en acciones destinadas a la alteración del mundo exterior (Freud 1915e, p.175).

Con esta afirmación, Freud define la relación entre pulsión y afecto de manera unilateral: los afectos son ahora derivados pulsionales y su carácter comunicativo parece haberse perdido. Como se puede apreciar en la amplia concepción de Krause, la interacción pulsión-afecto es en la realidad compleja y no procede solamente en una dirección (de la pulsión al afecto). En lo que sigue, trataremos este complicado problema, solamente en la medida en que toca nuestra comprensión de la resistencia.

El que estados afectivos tales como angustia, rabia, asco o vergüenza (para nombrar sólo algunos), se retrotraigan unilateralmente a cambios en la economía corporal tiene, naturalmente, efectos persistentes. Con ello se descuida el origen interaccional del asco, la vergüenza, la rabia y la angustia, como también su función de señal. Por el contrario, son precisamente estos procesos comunicativos los que permiten entender, como lo comprobó Modell (1984a), los efectos de contagio que Freud observó en procesos grupales. La reciprocidad que caracteriza el desencadenamiento de afectos entre los hombres, ya sea en procesos circulares de refuerzo o debilitamiento, constituye el fundamento de la empatía. Por esta razón el analista, como resultado del entendimiento empático de los estados afectivos, puede además captar el efecto comunicativo de las emociones.

En la escuela kleiniana, la teoría de la identificación proyectiva se constituyó sobre la base de la concepción freudiana de la descarga. Klein la definió como

"una forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva" (1946, p.102; la cursiva es nuestra). Mediante la identificación proyectiva, el bebé (y consecuentemente el paciente) tiene la fantasía de desha-cerse de partes o aspectos dolorosos o desagradables de sí mismo (de acuerdo con el principio del placer), esto es, se deshace de un afecto u emoción displacentera, pro-yectándolos en el interior de la madre-analista. De este modo, el modelo de la iden-tificación proyectiva fue al principio concebido al servicio de la disminución del monto de agresión o pulsión de muerte (dentro de una concepción dualista de las pulsiones que, además, no distingue claramente entre pulsión y afecto). En el con-texto de nuestra discusión, es muy sugestivo que posteriormente Bion (1959) y Rosenfeld (1970, 1987) hayan hablado de un tipo de identificación proyectiva al servicio de la comunicación, donde este mecanismo no estaría ya sólo al servicio de la descarga de afectos displacenteros y de la deflexión de la pulsión de muerte, sino, muy por el contrario, al servicio del vínculo libidinal con el analista-madre. Pensamos que estos autores, de algún modo, intentan así rescatar una observación clínica, esto es, el carácter comunicativo primario de las emociones, más allá de una concepción meramente económica. Cabe eso sí preguntarse, si la teoría de la identificación proyectiva explica suficientemente cómo se produce el fenómeno del así llamado contagio afectivo, pues el hablar de comunicación necesariamente implica la existencia, no sólo de un emisor, sino también de un receptor y de un intercambio activo de señales muy concretas entre ambos; señales (verbales y no verbales) capaces de inducir afectos y fantasías, a veces muy complejas, en el otro, lo que apunta a una concepción diádica, interpersonal de la relación. Cuando se habla de una identificación proyectiva al servicio de la comunicación no se habla ya sólo de una fantasía inconsciente, como producto meramente intrapsíquico, sino que necesariamente se supone un otro que decodifica y que en este acto, es decir, a posteriori, le asigna el carácter comunicativo a la proyección. Por otro lado, el basar los sentimientos y los afectos en la teoría dualista de las pulsiones ha conducido a confundir la pulsión con el afecto, la libido con el amor y la agresión con la hostilidad, como lo han señalado especialmente Blanck y Blanck (1979). (1) Si se traslada esta confusión a la angustia señal, se limitará entonces, desde el punto de vista técnico, la capacidad de percibir otros sistemas afec-tivos. En las teorías de relaciones de objeto gana en importancia la consideración de afectos diferentes y sus funciones diádicas en la comunicación. Quisiéramos describir la función reguladora de la relación de la comunicación afectiva y la fun-ción de defensa de la resistencia asociada a ella, en referencia a un pasaje de Krause. Después de describir la complicada mezcla de conductas afectivas y pulsionales en la interacción sexual, concluye:

Antes de que entre dos personas tenga lugar el acto último de naturaleza sexual, ellos deben asegurarse de que, en resumidas cuentas, ambos se encuentren, esto es, se debe reducir la distancia entre ambos partners, y,

finalmente, ésta debe ser eliminada. Esto puede suceder sólo si el afecto de angustia, que generalmente acompaña tales procesos, es sobrepasado por afectos antagonistas de alegría, curiosidad, interés y seguridad. Esto sucede a través de una mutua inducción de afectos positivos (Krause 1983, p.1033).

Llamamos la atención sobre el hecho de que Krause habla de una inducción mutua de afectos positivos y de una reducción del afecto angustia. Está más allá de toda duda que, en el caso de la impotencia, el acto fisiológico terminal puede ser perturbado por la angustia de castración inconsciente, o que la frigidez se puede desarrollar como consecuencia de angustia de vergüenza inconsciente. Lo importante en este punto es el juego recíproco de componentes emocionales como seguridad, confianza, curiosidad y alegría, con placer y voluptuosidad, es decir, con excitación y comportamiento sexual en sentido estricto. Este encadenamiento de deseos propositivos, que tienden al clímax del placer en retroalimentación emocional positiva, se ha reducido en psicoanálisis al esquema de gratificación pulsional y a relaciones de objeto edípicas y pregenitales. Con esto, los analistas pierden de vista el amplio rango de emociones cualitativamente diferentes. Balint (1935) fue uno de los primeros en discutir este problema, a propósito de la ternura. Es probable que la razón por la cual las relaciones de objeto y la contra-transferencia juegan un rol tan dominante en las discusiones actuales sea que ellas se relacionan con experiencias emocionales genuinas y cualitativamente distintas que no son simplemente una función de las fases del desarrollo libidinal. La experiencia psicoanalítica cotidiana muestra que un paciente puede abandonar un comportamiento resistencial si se siente seguro y en confianza. Tales experiencias están en concordancia con los resultados de los estudios psicoanalíticos de la interacción madre-hijo. Quisiéramos mencionar los hallazgos de Bowlby (1969) sobre el comportamiento de "aferrarse" (attachment) y la significación del intercambio afectivo del niño con su madre, ya que los experimentos de privación de Harlow (1958) con monos jóvenes sugieren una interpretación convergente. Mientras la satisfacción del hambre (el componente pulsional oral del psicoanálisis) es la condición necesaria para sobrevivir, la relación de objeto emocional es el requisito de la maduración sexual. Los monos que en su juventud son privados del contacto con sus madres por un período de tiempo suficiente y tienen sólo sustitutos de género de toalla o peluche (es decir, monos privados del objeto que hace posible el vínculo emocional y con ello, para usar una expresión antropomórfica, dar seguridad), no son capaces de conducta sexual adulta alguna. Krause ofrece la explicación de que la privación hace imposible que estos monos experimenten, en presencia de otros, los afectos que son necesarios para llevar a cabo el acto sexual (seguridad, confianza, curiosidad y alegría). De acuerdo con la interpretación que da Spitz (1965) a estos experimentos, lo que falta es mutualidad y diálogo.

Por otro lado, la seguridad afectiva se puede buscar en la gratificación pulsional adictiva, en la forma de un comer exagerado o de una masturbación excesiva. El interjuego de procesos pulsionales y señales afectivas puede conducir a procesos de reversión. Esta es la razón de por qué se habla en términos de sexualización como defensa contra la angustia, o de regresión a patrones orales de gratificación; es algo plenamente aceptado que esto ocurre en muchas enfermedades.

Es especialmente impactante, por ejemplo, la aparición de un amor de transferencia virtualmente adictivo, cuando previamente no se ha reconocido ningún factor diagnóstico que indique la presencia de una estructura adictiva. La pregunta es entonces si acaso, y hasta qué punto, el paciente busca apoyo en una masturbación excesiva o si acaso éste no es capaz de encontrar este apoyo en la situación analítica porque el analista no entrega resonancia afectiva. Frecuentemente, los analistas se imponen una circunspección excesiva pues asocian los afectos señales con la angustia, y ésta, a su vez, con la intensidad de una pulsión. La capacidad de resonancia del analista puede desarrollarse más libremente si se ven los afectos como portadores de significados (Modell 1984a, p.234; Green 1977) en vez de derivados pulsionales, porque así responder no se equipara con gratificar.

La división de la teoría de la pulsión en aspectos afectivos y cognitivos se basó en parte en el hecho de que la experiencia terapéutica muestra que "un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz; el decurso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor vividez posible, puesto en status nascendi y luego 'declarado' ('Aussprechen')" (Freud 1895d, p.32; cursiva en el original). La consecuencia de esta observación para la teoría de la resistencia y los procesos de defensa fue suponer una división entre afectos y representaciones.

Creemos que la significación de los procesos de escisión no radica en que la pulsión esté representada dos veces, como afecto y como representación cognitiva, como si hubiera un tipo de escisión dada naturalmente. Por el contrario, los procesos afectivos interactivos son en realidad también de naturaleza cognitiva; es así posible afirmar que la conducta expresiva se conecta con el entendimiento de los afectos. Es verdad que se puede perder esta unidad entre afecto y cognición, entre sentimiento y representación. No importando los afectos involucrados en la génesis conflictiva y en las perturbaciones de los sentimientos de seguridad y de sí mismo, siempre se establece un equilibrio en la esfera de los síntomas que se estabiliza posteriormente a través de repeticiones.

Todos saben lo difícil que es cambiar hábitos que han llegado a ser segunda naturaleza. Aunque los pacientes busquen un cambio a causa de su sufrimiento, quisieran no tocar los conflictos interpersonales relacionados. Los conflictos en las relaciones que constituyen las distintas formas de resistencia transferencial son así objeto de luchas tan intensas porque los compromisos que involucran, aunque asociados con desventajas significativas, entregan un cierto

grado de seguridad. La sugerencia de Caruso (1972) de hablar de mecanismos de intercambio en la esfera interpersonal en vez de mecanismos de defensa es igualmente convincente como la interpretación interaccional de los procesos de defensa hecha por Mentzos (1976).

Los procesos de defensa restringen o interrumpen el intercambio afectivo-cognitivo. Las consecuencias de los procesos de defensa de negación (desmentida) son por definición más externas, y las de aquellos de represión más internas. Pero se trata de una cuestión de grados: donde aparece desmentida (*Verleugnung*) y negación (*Verneinung*), se encuentra también represión o alguna de sus formas de manifestarse. Ponemos un énfasis especial en la función adaptativa de la resistencia porque la enérgica oposición del paciente a cooperar con el tratamiento es a menudo vista como negativa. Si los analistas asumen que los pacientes han alcanzado, con la ayuda de sus resistencias, las mejores soluciones posibles a sus propios conflictos y así han mantenido un equilibrio, estarán entonces en mejor disposición para enfrentar la tarea de crear las mejores condiciones para eliminar las resistencias. Los pacientes no pueden hacerse responsables de sus sentimientos en relación al analista, sea por respeto a sí mismos o por miedo al analista. El sentido psicológico cotidiano de esta protección narcisista lo señala claramente Stendhal: "Uno debe protegerse cuidadosamente de no mostrar la propia preferencia hacia otra persona, hasta no estar seguro de despertar simpatía. De otra manera, se provoca un rechazo que aborta para siempre el surgimiento del amor y que, en el mejor de los casos, cicatriza en el cono del amor propio herido" (1920, p.70).

¿Cuándo puede un paciente estar seguro de haber despertado simpatía? ¿Cómo puede comprobar que no ha desencadenado rechazo? El analista debe poder responder estas preguntas si es que quiere elaborar de manera fructífera la resistencia de transferencia. Pero el aforismo de Stendhal también remite a la importante función de lo no verbal (más bien asociada con el preconscious), en relación al surgimiento de sentimientos indicativos de relación, sea en el sentido de amor o de resistencia. A este respecto, es instructivo comprobar la poca resonancia que encontró la descripción de Erikson de la resistencia de identidad (a la cual pueden subsumirse todas las formas especiales de resistencia). Esto tiene que ver probablemente con la fuerte orientación psicosocial de Erikson, porque los vínculos de la resistencia al sentimiento de seguridad (Sandler 1960; Weiss 1971) o al sentimiento de sí mismo (Kohut 1971) para evitar injurias narcisistas, no son muy diferentes de la resistencia de identidad.

### **4.3 Resistencia de represión y de transferencia**



La descripción de la resistencia de represión es prototípica de la manera como Freud entendió los efectos de los mecanismos de defensa inferidos, de los cuales la resistencia de represión sigue siendo el representante principal, aun después de la sistematización de A. Freud de la teoría de los mecanismos de defensa. Estamos de acuerdo con la descripción que hacen Sandler y cols. de la función de las formas de resistencia que se originan en mecanismos de defensa. Según estos autores, la re-sistencia de represión ocurre cada vez que el paciente se defiende "contra impulsos, recuerdos y sentimientos, cuya emergencia en la conciencia podría provocar un estado de dolor o podría amenazar producir tal estado". Continúan así:

La resistencia de represión puede entonces ser vista como un reflejo de la así llamada "ganancia primaria" de las enfermedades neuróticas, puesto que los sín-tomas neuróticos pueden considerarse como el último recurso del individuo para protegerse del devenir consciente de contenidos mentales desagradables o dolorosos. El proceso de libre asociación durante el psicoanálisis crea una situación constante de peligro potencial para el paciente, a causa de la invitación ofrecida a lo reprimido por el proceso de libre asociación, y esto es lo que, a su vez, pro-mueve la resistencia de represión. Mientras más se acerca el material reprimido a la conciencia, mayor es la resistencia y es tarea del analista el facilitar, a través de interpretaciones, la emergencia en la conciencia de tales contenidos en una forma que pueda ser tolerada por el paciente (Sandler y cols. 1973, p.74).

En referencia a este pasaje quisiéramos destacar, una vez más, que, a través de la observación de sentimientos y conductas en la superficie, se suponen procesos activos de defensa, inconscientes y preconcientes. La naturaleza del autoengaño, de la distorsión, de la reversión, en suma, de la transformación y la interrupción, llega a ser cada vez más evidente mientras más el paciente se acerca a los orígenes de sus sentimientos, dentro de la protección que da la situación analítica. Esto se relaciona con la autenticidad de las vivencias y por eso a menudo se denomina la superficie del carácter como fachada o coraza caracterial (Reich 1933). Esta valoración negativa de la superficie puede reforzar la autoafirmación del paciente, quien al principio no es capaz de compartir esta apreciación, y de este modo aumentar la resistencia. Este es un efecto lateral desfavorable del análisis del carácter introducido por Reich. La sistematización de Reich, que tematiza el problema de contenido y forma, no debiera, por supuesto, ser medido por sus abusos. El descubrimiento de Reich (1933, p.65) de que "la resistencia caracterial no se expresa en el contenido del material sino formalmente, en la afectación general típica, en la manera de hablar y de andar, en la mímica y en las maneras peculiares" (la cursiva es nuestra), es independiente de la explicación libidinosa económica de la coraza caracterial. Reich ofreció una descripción muy ajustada de las

expresiones indirectas de los afectos, los cuales, a pesar de la resistencia, de alguna manera se las arreglan para manifestarse.

El afecto aparece en la expresión corporal y sobre todo facial, y sus componentes cognitivos o de fantasía varían de acuerdo a si están separados en el tiempo o reprimidos. Estos procesos los llamamos respectivamente escisión y aislamiento. Reich mostró que los procesos de defensa cambian el afecto y lo desacoplan de su representante cognitivo de distintas maneras. Krause hace notar, correctamente, que el punto de vista de Reich no ha seguido siendo desarrollado teóricamente más allá, y agrega:

Con esto, también desapareció del psicoanálisis la influencia de la teoría darwiniana de los afectos. Y esto porque Freud, a causa de su formación neurológica, sólo fue capaz de ver el afecto como una descarga motora que produce un cambio interno en el cuerpo, ignorando la porción social y expresiva del afecto y el vínculo entre ésta y la motórica idiosincrática. Como consecuencia, se pasó por alto que la socialización se lleva a efecto, en parte, a través de control automático y constante sobre el sistema motor expresivo, que sólo así se puede impedir en su origen el desarrollo de un afecto, y que a menudo esto puede lograrse exitosamente sin que se desarrolle una fantasía inconsciente (Krause 1985, pp.281-282).

El enorme crecimiento del conocimiento clínico en los años treinta hizo posible, incluso necesaria, una sistematización. En 1926, Freud (1926d) podía todavía limitarse a nombrar sólo el prototipo, es decir, la resistencia de represión. Después de 1936, empero, y en base a la lista de mecanismos de defensa confeccionada por A. Freud, fue imperativo hablar de resistencia de regresión, de aislamiento, de proyección e introyección, o de resistencia a través del anulamiento, de vuelta hacia la propia persona, de trastorno hacia lo contrario, de sublimación o por formación reactiva. En realidad, Reich orientó primariamente su teoría del análisis del carácter en torno a la resistencia en la forma de formación reactiva. Hoffmann (1979) mostró, en su análisis crítico de la caracterología psicoanalítica, que el diagnóstico de formación reactiva puede ser una valiosa ayuda en la evaluación de la resistencia en la situación terapéutica. Baste recordar las formas de resistencia que acompañan las formaciones reactivas en los caracteres oral, anal y fálico.

Sandler y cols. (1973, pp.74-75) definieron así la resistencia de transferencia:

Aunque esencialmente similar a la resistencia de represión, ésta [la resistencia de transferencia] tiene la cualidad especial de expresar y reflejar la lucha contra impulsos infantiles que han emergido, de manera directa o modificada, en relación con la persona del analista. La situación analítica ha reanimado, en la forma de una distorsión actual de la realidad, material que había sido reprimido o manejado de otra manera (por ejemplo, a través de su canalización en el síntoma neurótico). Este revivir del pasado en la relación psicoanalítica conduce a la resistencia de transferencia.

La historia del descubrimiento de la resistencia de transferencia, en el intento de Freud de promover la asociación libre, sigue siendo al respecto muy instructiva (Freud 1900a, pp.525-6; 1905e, p.103; 1912b, pp.99ss). Esta es la historia de cómo se perturba la asociación libre cuando el paciente está dominado por una ocurrencia que se relaciona con la persona del médico. Mientras más intensamente se ocupe el paciente de la persona del médico, lo que naturalmente también depende del tiempo que se le dedique, más vívidas serán las expectativas inconscientes. La esperanza de curación se une con las ansias de realización de deseo, la que no calza con la relación médico paciente objetiva. Si el paciente transfiere al analista deseos inconscientes que ya están reprimidos en las relaciones con otros significativos, se pueden entonces evocar las resistencias más intensas en contra de posteriores comunicaciones, lo cual se expresará, por ejemplo, en ocultamientos o silencio.

Quisiéramos destacar que la resistencia de transferencia fue descubierta en la forma de resistencia contra la transferencia, y como tal puede ser observada una y otra vez por todo analista, incluso en las primeras entrevistas. Es legítimo preguntarse, sin embargo, ¿por qué hacemos tanto ruido sobre una historia de todos los días, destacando así que las primeras observaciones deben entenderse como resistencia a la transferencia?

La regla técnica que dice que el analista debe empezar en la superficie y trabajar hacia la "profundidad", no es más que afirmar que el analista debe interpretar la resistencia a la transferencia antes que las representaciones y afectos transferidos y sus formas infantiles. Glover (1955, p.121) advirtió de manera especial en contra de cualquier aplicación rígida y absoluta de la regla y enfatizó que usualmente tenemos que ocuparnos primero de la resistencia a la transferencia. Junto a Stone (1973) y Gill (1979), encontramos importante distinguir terminológicamente la resistencia a la transferencia, en especial la resistencia del paciente en contra del devenir consciente de la transferencia, de la fenomenología de la transferencia en general. Esperamos ser capaces de demostrar las ventajas ofrecidas por la prolija frase "resistencia al devenir consciente de la transferencia", adoptando la distinción que Stone hizo entre "tres amplios aspectos de la relación entre resistencia y transferencia":

Bajo condiciones técnicas adecuadas, la importancia proporcional de cada uno [de estos tres aspectos] variará con el paciente individual, especialmente con la gravedad de la psicopatología. Primero, la resistencia al devenir consciente de la transferencia y su elaboración subjetiva en la neurosis de transferencia. Segundo, la resistencia a las reducciones dinámicas y genéticas de la neurosis de transferencia y, finalmente, del vínculo transferencial mismo, una vez que ha llegado a hacerse consciente. Tercero, la presentación transferencial del analista a la porción "experiencial" del yo del paciente, simultáneamente como objeto del ello y como superyó exteriorizado (Stone 1973, p.63).

De entre la multitud de significados dados al concepto de resistencia, consideramos de gran importancia técnica destacar la resistencia al devenir consciente de la transferencia. Con esto se quiere expresar el hecho de que las transferencias, en el sentido amplio del término, son las realidades primarias. Y no podría ser de otra manera desde el momento en que el hombre es un ser social. La resistencia se puede dirigir sólo contra algo ya preexistente, esto es, contra la relación. Por cierto, partimos aquí de un entendimiento amplio de la transferencia como relación. El campo se diferencia en la medida en que el analista señala al paciente cómo concretamente se opone, por evitación, vacilación u olvido, a una relación de objeto más profunda.

Si no se pierde de vista la función adaptativa, se reduce el peligro de que las interpretaciones de la resistencia puedan ser tomadas como críticas. Es por lo tanto recomendable que el analista, ya desde el comienzo del tratamiento, haga conjeturas sobre el objetivo de la resistencia y acerca de cómo se desarrollan adaptaciones de manera casi refleja. En el sentido de los pasos bosquejados por Stone, es esencial la velocidad con que se va del "aquí y ahora" al "allá y entonces", esto es, del presente al pasado. Por supuesto, el manejo de la resistencia de represión ocurre en el presente. El potencial terapéutico pasa, tanto por las múltiples comparaciones entre la retrospectiva del paciente y la manera como el analista ve las cosas, como por el descubrimiento de que el paciente extrae conclusiones en la situación terapéutica por analogía. El paciente quisiera crear una identidad de percepción en el momento y lugar donde se podría percibir algo nuevo; de manera característica, junto a la apropiación del paciente de sus recuerdos inconscientes, aparece una toma de distancia frente al pasado (Strachey 1934).

El analista contribuye a este profundo proceso de diferenciación afectivo y cognitivo sólo ya con ser diferente a otros, es decir, con el hecho mismo de ser distinto de las personas con que el paciente lo compara (y esto, sin considerar las numerosas similitudes que en la situación analítica pueden incluso reforzarse a través de la contratransferencia). El analista estimula la capacidad del paciente para diferenciar, llamando a los sentimientos y a las percepciones por su verdadero nombre. Para no ser malentendidos, la resistencia contra la transferencia no debe ser nombrada o definida como tal; muy por el contrario, es recomendable evitar todas las palabras que tienen un lugar en el lenguaje de la teoría psicoanalítica. Es esencial hablar con el paciente en su propio lenguaje y a través de eso encontrar un acceso a su mundo personal.

No obstante, y a modo de ejemplo, el analista entrega significados edípicos a los sentimientos de odio y de amor cuando les da nombre en ese contexto. Esto vale también para todas las otras formas y contenidos de resistencia y transferencia. Ahora bien, qué transferencias y resistencias se originan en el aquí y ahora, depende en gran medida de la manera en que el analista conduce el tratamiento (véase las razones dadas en el capítulo 2). El que la resistencia

inicial del paciente al devenir consciente de la transferencia se transforme en una resistencia de trans-ferencia, en el sentido de que al paciente sólo le interesa repetir algo en su relación con el doctor más que recordar y reelaborar, y el que esta resistencia de trans-ferencia a su vez se espigue en un amor de transferencia o en una transferencia ero-tizada, para sucesivamente transformarse en una alternancia entre tales fases y una transferencia francamente negativa, o en la instalación definitiva de esta última, son destinos de naturaleza diádica, no importando lo que la psicopatología del paciente pueda haber contribuido para su producción. Confiamos que el haber empezado con la resistencia al devenir consciente de la transferencia pruebe ser ven-tajoso en relación a la discusión de las otras formas de resistencia. Esta forma de resistencia acompaña todo el curso del tratamiento, porque la elaboración de cualquier conflicto o problema en la situación terapéutica puede conducir a una resistencia.

En el capítulo 2 discutimos las condiciones básicas que deben ser satisfechas si se quiere poder decir con Freud (1923a, p.243) que la transferencia "se convierte para el médico en el más poderoso medio auxiliar del tratamiento". En relación a las resistencias de transferencia, podemos parafrasear a Freud diciendo que es difícil sobreestimar la importancia que para la dinámica de la cura tiene la influencia del analista en la génesis y el curso de las tres formas típicas de resistencia de trans-ferencia. Recapitulando, estos tres tipos de resistencia de transferencia son la resis-tencia en contra de la transferencia, el amor de transferencia y, finalmente, las transformaciones de esta última, sea en su forma más intensa, la transferencia erotizada, o su reversión hacia el extremo opuesto, es decir, la transferencia negativa (o agresiva).

#### **4.4 Resistencia del ello y del superyó**

En la introducción a este capítulo (4.1) describimos la tipología de cinco formas de resistencia que Freud construyó como consecuencia de su revisión de la teoría de la angustia y en el contexto de la teoría estructural. La observación de los fenó-menos de masoquismo y la interpretación de actos de severo autocastigo condujo a Freud a asumir la existencia de partes inconscientes del yo. La concepción de la resistencia superyoica fue así un enriquecimiento significativo del entendimiento analítico de los sentimientos inconscientes de culpa y de las reacciones terapéuti-cas negativas. La resistencia superyoica se hace comprensible psicológicamente en el contexto de la génesis psicosexual y psicosocial del superyó y de los ideales y a la luz de la descripción de procesos de identificación en la vida del individuo y en grupos, según lo describe Freud en El yo y el ello (1923b) y en Psicología de las masas y análisis del yo (1921c). En las décadas recientes, los estudios psicoana-líticos han puesto en evidencia un gran número de motivos inconscientes para las reacciones terapéuticas negativas. La reacción terapéutica negativa será

discutida en una sección propia (4.4.1) debido a la significación de estos descubrimientos para la técnica de tratamiento.

Con todo, intentaremos primero entregar una descripción de las explicaciones teóricas de Freud para las resistencias del ello y del superyó.

Los fenómenos clínicos que condujeron a la resistencia del ello fueron ya mencionados. Estos son las formas negativas y erotizadas de transferencia en la medida en que se convierten en resistencias indisolubles. El que algunos pacientes no quieran, o no sean capaces de abandonar su odio o su amor de transferencia, retro-trajo a Freud a ciertas características del ello que también cristalizan en el superyó. En efecto, las resistencias del ello y del superyó tienen un rasgo clínico común: dificultan o incluso impiden la cura. Freud notó que estas formas de resistencia, difícilmente comprensibles, aparecían junto a las medidas protectoras de la resistencia yoica, esto es, junto a la resistencia de represión y a la resistencia basada en la ganancia secundaria de la enfermedad (4.5). Ahora, Freud retrotrajo la transferencia erotizada y la reacción terapéutica negativa a la resistencia de las pulsiones a separarse de sus objetos y vías de descarga previos. Nos abocaremos primero a las explicaciones que dio Freud para el enamoramiento transferencial, aparentemente refractario, de la transferencia erotizada y para las transferencias negativas incoercibles.

Al lector le sorprenderá que discutamos las resistencias del ello y del superyó en la misma sección, pues ello y superyó ocupan polos opuestos en la doctrina de las instancias. Sin embargo, la verdad es que ambos polos se vinculan, precisamente, a través de la naturaleza pulsional del hombre supuesta por Freud. A causa de este vínculo, Freud recondujo a las mismas raíces los diferentes fenómenos de resistencia del ello y del superyó. En último término, Freud vio la reacción terapéutica negativa y el amor de transferencia insuperable como el resultado de fuerzas biológicas que se manifiestan en el análisis y en la vida individual como compulsión a la repetición.

En su calidad de terapeuta, Freud, no obstante, continuó hasta el final la búsqueda de causas psíquicas para las transferencias y las regresiones malignas. En el trabajo tardío *Análisis terminable e interminable* (1937c), discute el problema de la accesibilidad de los conflictos latentes que han permanecido sin ser perturbados a lo largo de las situaciones de vida hasta el momento de la terapia. Se ocupa también brevemente de la influencia que puede tener la personalidad del analista en la situación analítica y en el proceso terapéutico.

La explicación psicológica de los éxitos y los fracasos, o sea, la aclaración de los factores curativos y cómo pueden éstos actuar en el interior de la situación analítica, permaneció, empero, en la periferia de su interés. De la observación del retorno de odio y amor, de la transferencia erotizada y de la transferencia negativa como repeticiones aparentemente inevitables, derivaron las especulaciones freudianas de filosofía de la naturaleza sobre los fundamentos económico-pulsionales de las resistencias del ello y del superyó.

Las oscuras resistencias del ello y del superyó parecen evadir explicaciones en términos de psicología profunda. Esta oscuridad fue por Freud parcialmente

iluminada, aunque al mismo tiempo sellada, por su fascinación con la suposición de la compulsión a la repetición, cuya base buscó en la naturaleza conservadora de las pulsiones. El supuesto de una pulsión de muerte como condición de la compulsión a la repetición oscureció la significación del descubrimiento de la resistencia del superyó. De igual manera, la resistencia del ello pareció indisoluble a causa de la naturaleza conservadora de las pulsiones.

Hemos mencionado que las resistencias del ello y del superyó cubren diferentes tipos de fenómenos, y sabemos que Freud les atribuyó además distintos fundamentos económico-pulsionales. Al cambio de la resistencia del ello a través de la reelaboración (véase cap. 8) Freud le dio una posibilidad mayor que al cambio de la resistencia superyoica. De acuerdo con Freud, en el primer caso se trata de la disolución de lazos libidinosos que se frustra por la inercia de la libido, mientras que en el segundo caso nos enfrentamos a la lucha en contra de la acción de la pulsión de muerte. Freud buscó y creyó encontrar el común denominador de ambas formas resistenciales en la naturaleza conservadora de la pulsión: en la "viscosidad" (1916-17, p.317), en la "inercia" (1918b, p.105) o en la "pesantez" (1940a, p.182) de la libido. Según Freud entonces, el paciente, en vez de renunciar a la satisfacción de la transferencia erotizada con ayuda del recuerdo y del principio de realidad, busca la repetición a causa de la adhesividad de la libido. El odio (transferencia negativa) resulta pues del desengaño.

De esta manera, el paciente se coloca a sí mismo en situaciones en las cuales repite experiencias previas sin ser capaz de recordar los objetos libidinosos que sirven de modelo para su amor y odio. Más aún, éste se aferra a la convicción de que todo se juega en el presente: el padre o la madre no fueron jamás amados u odiados. Lo que en el pasado valió para el padre y la madre, rige ahora para el analista: él es ahora el objeto del amor o del odio. Estas repeticiones se mueven dentro del principio del placer: el amor desengañado es el alfa y la omega. En la compulsión a la repetición, en el sentido de la resistencia superyoica, es otro tipo de fuerza negativa la que actúa: la agresión derivada de la pulsión de muerte.

Para facilitar al lector el acceso a estos complicados problemas, describiremos el descubrimiento de la compulsión a la repetición apoyándonos en Cremerius (1978). Discutiremos después, usando el ejemplo de la así llamada reacción terapeútica negativa, la inmensa expansión que se produce en nuestra comprensión genuinamente analítica de este fenómeno y de la repetición a la compulsión como un todo, cuando nos liberamos de las especulaciones metapsicológicas de Freud.

La fenomenología de la compulsión a la repetición se refiere al hecho de que los seres humanos terminan por caer, una y otra vez, en situaciones de vida desagradables semejantes, con una inevitable fatalidad. En Más allá del principio del placer (1920g), Freud describe el poder de la repetición compulsiva usando como ejemplo la neurosis de destino y la neurosis

traumática. El rasgo común de ambas condiciones reside, según Freud, en que la vida de tales sujetos aparece plagada de situaciones dolorosas, aparentemente inevitables. Las vivencias traumáticas pueden ocupar el pensar y el sentir de un individuo a lo largo de años, a pesar de que éstas pertenezcan al pasado. Se dan entonces, una y otra vez, y de manera aparentemente fatal, similares constelaciones dolorosas inmerecidas de desengaños y catástrofes interpersonales.

Freud ofrece ahora una teoría psicológica muy plausible orientada en función de la solución de problemas, precisamente en base a la recurrencia de los eventos traumáticos en sueños. El tratamiento de pacientes con neurosis traumática muestra, además, cómo la repetición es, por así decir, usada por el yo con el objeto de dominar la experiencia traumática de la pérdida del control. El paciente actualiza en la terapia esta experiencia traumática con el fin de librarse de los afectos dolorosos acompañantes y con la esperanza de que el analista los domine vicariamente. La repetición a la compulsión puede ser así entendida como un intento de ligar la experiencia traumática dentro de un contexto interpersonal y así integrarla psíquicamente. Profundizaremos más en este punto a propósito de la discusión sobre los sueños (cap. 5). En la introducción (véase cap. 1), llamamos ya la atención acerca de la significación fundamental de la solución de problemas como marco de la teoría de la técnica. Nada es más natural que ver, incluso las aparentemente incomprensibles e inevitablemente fatales neurosis de destino, como una manifestación de modelos de conducta inconscientes, esto es, psíquicos.

Ahora bien, las investigaciones psicoanalíticas de Freud en este punto no parecen conducir más allá: la reacción terapéutica negativa llegó a ser un indicio decisivo de evidencia circunstancial en favor de la hipótesis de una resistencia superyoica derivada en último término de la pulsión de muerte. Por razones de brevedad nos hemos saltado algunos pasos de la argumentación, pero Freud llegó a esta conclusión y se mantuvo en ella hasta el final: "Ni hablar de que se pueda", escribe en su publicación póstuma Esquema del psicoanálisis (1940a, p.147), "circunscribir una u otra de las pulsiones básicas a una de las provincias anímicas. Se las tiene que topár por doquier." En esta afirmación repite la suposición anterior de que cuando la pulsión de vida y la pulsión de muerte se desmezclan, el superyó representa un cultivo puro de esta última (1923b, p.55).

Más aún, podemos afirmar lo que sigue: El descubrimiento de sentimientos de culpa inconscientes, de la reacción terapéutica negativa, en suma, de la resistencia superyoica, estuvo en el origen de la revisión de su teoría. Puesto que partes significativas del yo son inconscientes, fue también natural para Freud reemplazar la división topográfica (inconsciente, preconscious y consciente) por la teoría estructural. Más o menos en la misma época se dio nuevo contenido al dualismo de pulsión de muerte y de vida. Ahora, las causas de la compulsión a la repetición se vieron y buscaron en la naturaleza conservadora de las pulsiones, ya sea en la inercia de la libido o en la pulsión



de muerte con su apremio a retornar hacia lo inanimado. La combinación de esta nueva teoría de las pulsiones, dualista, con la teoría estructural, parece explicar por qué los intentos de la terapia psicoanalítica son desafiados tanto por la resistencia del ello, la transferencia erotizada indisoluble, como por la resistencia superyoica, a causa de la inversión de los dominios inconscientes del superyó con componentes pulsionales destructivos.

En mirada retrospectiva, no se puede menos que asentir con la afirmación de que precisamente las explicaciones pulsionales de la resistencia de ello y del superyó causaron un retraso en la aplicación terapéutica y en el entendimiento psicológico profundo del sentimiento de culpa inconsciente y de la reacción terapéutica negativa. La superación de estas formas de resistencia definitivamente no es algo fácil, pero, exactamente, las especulaciones filosófico-naturales de Freud convierten al analista tratante en un don Quijote que, estérilmente, confunde los molinos de viento con gigantes. Del mismo modo, no tenemos necesidad de sentirnos como Sísifo, pues la poco conocida interpretación fenomenológica y psicoanalítica del mito de Sísifo de Lichtenstein (1935) puede sacarnos igualmente del cajellón sin salida de los supuestos pseudobiológicos sobre la compulsión a la repetición.

#### **4.4.1 La reacción terapéutica negativa**

En la historia clínica del hombre de los lobos, Freud describe la siguiente observación como "reacción negativa pasajera":

[...] tras cada solución terminante, intentaba por breve plazo negar (negieren) su efecto mediante un empeoramiento del síntoma solucionado. Se sabe que los niños tienen universalmente un comportamiento parecido frente a las prohibiciones. Si se los increpa por producir un ruido insoportable, antes de cesar en ello vuelven a repetirlo tras la prohibición. Así consiguen mostrar que cesan por su voluntad, y desafían la prohibición (1918b, p.65).

En analogía con la educación, Freud habla aquí de prohibiciones que los niños desobedecen. Nos parece significativo que haya un empeoramiento del síntoma en cuestión después de una solución terminante para el problema y que Freud considere el comportamiento obstinado y negador del paciente como expresión de independencia. La solución al problema fue lograda efectivamente en conjunto, mientras que la voluntaria suspensión (del síntoma) es una expresión de auto-afirmación e independencia. También en su amplia definición más tardía, Freud coloca la relación terapéutica en el foco de la atención, cuando introduce la siguiente observación:

Hay personas que se comportan de manera extrañísima en el trabajo analítico. Si uno les da esperanza y les muestra contento por la marcha del tratamiento, parecen insatisfechas y por regla general su estado empeora. Al comienzo, se lo atribuye al desafío, y al empeño por demostrar su superioridad sobre el médico. Pero después se llega a una concepción más profunda y justa. Uno termina por convencerse no sólo de que estas personas no soportan elogio ni reconocimiento alguno, sino que reaccionan de manera trastornada frente a los progresos de la cura. Toda solución parcial, cuya consecuencia debiera ser una mejoría o una sus-pensión temporal de los síntomas, como de hecho lo es en otras personas, les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar. Presentan la llamada reacción terapéutica negativa (Freud 1923b, p.50; destacado en el original). Lo aquí descrito se aplica a los fenómenos más extremos, pero es posible que cuente, en menor medida, para muchísimos casos de neurosis grave, quizás para todos (1923b, p.51).

En vista de la observación de que muchos pacientes reaccionan de modo negativo, precisamente a la satisfacción del analista con el curso del tratamiento y en especial a las interpretaciones respectivas, es sorprendente que Freud se deje finalmente guiar por el modelo del conflicto intrapsíquico y por la concepción de la resistencia superyoica. De la reacción terapéutica negativa él concluye que hay ahí un sentimiento de culpa inconsciente "que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer" (1923b, p.50). La misma explicación dio Freud más tarde, aunque con pequeñas modificaciones:

Las personas en quienes es hiperpotente ese sentimiento inconsciente de culpa se delatan en el tratamiento analítico por la reacción terapéutica negativa, de tan mal pronóstico. Cuando se les comunica la solución de un síntoma, tras lo cual normalmente debería sobrevenir su desaparición, al menos temporaria, lo que con ello se consigue es, al contrario, un refuerzo momentáneo del síntoma y del padecimiento. A menudo basta elogiarles su comportamiento en la cura, pronunciar algunas palabras de esperanza en los progresos del análisis, para provocarles un inequívoco empeoramiento de su estado. Los no analistas dirían que les falta la "voluntad de curarse"; de acuerdo con el pensamiento analítico, deben ver ustedes en esa conducta una exteriorización del sentimiento inconsciente de culpa, al cual se acomoda bien, justamente, la condición de enfermo con su padecimiento y sus impedimentos (1933a, p.100s).

Finalmente, Freud derivó la tendencia masoquista inconsciente, como motivo de la reacción terapéutica negativa, de la pulsión de agresión y destrucción, es decir, de la pulsión de muerte. Frente a ella y frente a la naturaleza conservadora de las pulsiones, que por su parte también se retrotrae a la

pulsión de muerte, fracasa también el análisis interminable. Así leemos en el tardío trabajo *Análisis terminable e interminable*:

A una parte de esa fuerza la hemos individualizado, con acierto sin duda, como conciencia de culpa y necesidad de castigo, y la hemos localizado en la relación del yo con el superyó. Pero se trata sólo de aquella parte que ha sido, por así decir, psíquicamente ligada con el superyó, en virtud de la cual se tiene noticias de ella; ahora bien: de esa misma fuerza pueden estar operando otros montos, no se sabe dónde, en forma ligada o libre. Si uno se representa en su totalidad el cuadro que componen los fenómenos del masoquismo inmanente en tantas personas, la reacción terapéutica negativa y la conciencia de culpa de los neuróticos, no podrá ya sustentar la creencia de que el acontecer anímico es gobernado exclusivamente por el principio del placer. Estos fenómenos apuntan de manera inequívoca a la presencia en la vida anímica de un poder que, por sus metas, llamamos pulsión de agresión o destrucción y derivamos de la pulsión de muerte originaria, propia de la materia inanimada (Freud, 1937c, p.244; cursiva en el original).

Cuando actualmente redescubrimos en la praxis la reacción terapéutica negativa y los sentimientos inconscientes de culpa (como resistencia superyoica), nos encontramos en una situación más ventajosa que Freud. Pues, en el entretanto, muchos analistas han planteado la pregunta de por qué precisamente la intensificación de la relación entre paciente y analista, que se asocia con una interpretación adecuada y un aumento de la esperanza, puede conducir al sentimiento "eso no me lo merezco".

Muchos pacientes rápidamente se dan cuenta de esta tendencia en ellos mismos y en lo que dicen se encuentran componentes de aquello que Deutsch (1932), equívocamente, denominó neurosis de destino. En la afirmación "no merezco algo mejor", por ejemplo, el sentimiento de culpa como tal no es inconsciente. Muy por el contrario, son los deseos objetales placenteros y agresivos los que puján hacia un primer plano, esto es, quieren entrar en la experiencia en el momento de la acentuación de la transferencia, es decir, en el reencuentro del objeto y por el acercamiento mental al analista.

Por esta razón, es difícil encontrar en la teoría psicoanalítica de la técnica algo más adecuado que la reacción terapéutica negativa para demostrar las consecuencias desfavorables de los supuestos doctrinarios de la teoría de las pulsiones y de la teoría estructural. De hecho, la resolución de la resistencia superyoica aleja de los supuestos freudianos y conduce a una teoría del conflicto interpersonal amplia, capaz de hacer justicia a la formación del superyó y con eso también a la resistencia superyoica. En la teoría de Freud, la interiorización de lo prohibido, esto es, la formación del superyó, se relaciona con el conflicto edípico. Las psicologías de relaciones de objeto proveen explicaciones más significativas de por qué particularmente las expresiones de optimismo del analista son las que conducen a perturbaciones

de la relación transferencial. El autocastigo y las tendencias masoquistas contienen una plétora de emociones.

Por esta razón, no es sorprendente que en las últimas décadas se hayan publicado muchas observaciones cuyo conocimiento facilitó esencialmente la resolución de la resistencia superyoica. Sería gratificante si los resultados individuales pudieran ser reducidos a un denominador común.

Grunert (1979) ha argumentado que las numerosas formas que toma la reacción terapéutica negativa pueden ser concebidas como una recurrencia del proceso de separación-individuación, en el sentido de Mahler (1969), y que las motivaciones inconscientes de la reacción terapéutica debieran buscarse en éste. Grunert demuestra de manera convincente, mediante los trozos de la obra de Freud ya citados, que el comportamiento obstinado puede también ser entendido positivamente como "negación al servicio del afán de autonomía" (Spitz 1957). Si se piensa que al proceso de separación-individuación pertenece también la fase de *rapprochement*, es decir, de "reacercamiento", o sea, prácticamente todo lo que se juega entre madre e hijo, entonces no es sorprendente que Grunert encuentre el común denominador en esta fase y en su reproducción en constelaciones transferenciales y contratransferenciales típicas. La investigación más precisa de los sentimientos de culpa inconscientes conduce más allá del rivalizar edípico. La resistencia superyoica demuestra ser sólo la punta de una pirámide que está anclada profundamente en el mundo de los deseos inconscientes. El desarrollo del niño inevitablemente conduce fuera de la simbiosis. En la regresión terapéutica, el *rapprochement* a los deseos inconscientes de fusión fortalece también las tendencias hacia la diferenciación (Olinick 1964, 1970).

Por esta razón, es decisiva la contribución del analista a nuevos descubrimientos. Asch (1976) y Tower (véase Olinick 1970, pp.658ss) han reconocido diferentes aspectos de este negativismo en el contexto de la simbiosis y de la identificación primaria. Grunert usa algunas concisas expresiones transferenciales de un paciente para describir distintas facetas del progreso de la separación e individuación. Como ejemplo de culpa de separación, sirve la expresión: "La separación destruirá a Ud. o a mí". Las siguientes frases ilustran el afán de autarquía con una simultánea angustia de pérdida: "Yo quiero controlar lo que pasa acá, así Ud. se desvaloriza ante mí". "Si muestro lo bien que estoy, tendré que irme". La lucha pasiva por el poder con el padre, se manifiesta, por ejemplo, en lo que sigue: "Al fracasar, lo obligo a él/Ud. a aceptar mis condiciones". Al igual que Rosenfeld (1971, 1975) y Kernberg (1975), también Grunert considera la envidia al analista como un motivo particularmente poderoso de la reacción terapéutica negativa. Recientemente, Rosenfeld (1987) publicó un extenso estudio sobre el problema del impasse donde se refiere a la reacción terapéutica negativa y su relación con la envidia escindida, en el contexto de la estructura de carácter que él llama de narcisismo omnipotente. Se trata de pacientes muy alterados, donde la parte infantil y dependiente del self es atacada violentamente por la

organización narcisista omnipotente, cada vez que la primera toma contacto con una interpretación del analista. Se trata de pacientes con un superyó muy primitivo, que no es directamente accesible a las interpretaciones y que sólo se hace evidente a través del ataque envidioso al self infantil y dependiente en contacto con el analista, lo que se manifiesta en reacciones terapéuticas negativas, muy frecuentes en este tipo de pacientes. Para Rosenfeld, "sólo a través de un detallado análisis de la destructividad y la envidia en la relación analítica transferencial y de las angustias persecutorias relacionadas proyectadas en el analista, el superyó primitivo y la reacción terapéutica negativa llegan a ser más accesibles al análisis" (p.96). Sorprendentemente, sin embargo, Rosenfeld, al final del mismo libro, modifica su posición a otra más diferenciada:

En aquel tiempo [se refiere a la época en que M. Klein planteó su teoría de la envidia primaria], yo y otros analistas kleinianos creíamos que a través de un análisis detallado de la envidia en la situación transferencial podría ser posible prevenir un impasse en el análisis. Sin embargo, con el tiempo, mi experiencia ha sido de que eso es sólo ocasionalmente verdadero. Con pacientes narcisistas no traumatizados y severamente omnipotentes este enfoque funciona bien. Pero, también he descubierto que, mientras ciertamente la envidia y el miedo a ser envidiado causan muchas dificultades inhibiendo el desarrollo normal en la niñez y retardando el progreso en el análisis, éste es sólo un factor entre muchos otros que pueden causar un impasse. [...] Es inevitable que surja envidia a lo largo del desarrollo humano y que el niño, o el paciente en análisis, se sienta por momentos pequeño o inferior. Pienso, particularmente, en situaciones en las que el niño, o el paciente, se siente degradado, y puede realmente haber sido degradado por sus padres, otros niños, o, en análisis, por el analista. En mi experiencia, cuando un paciente se siente aceptado y ayudado en el análisis, y siente que tiene algún espacio para pensar y crecer, la envidia disminuye gradualmente. [...] Un énfasis exagerado en la interpretación de la envidia o una sobrevaloración de la contribución del analista en comparación con la del paciente es una frecuente causa de impasse (1987, pp.266s; la cursiva es nuestra).

Ya de las tempranas descripciones de Freud se puede desprender que el empeoramiento aparece cuando el analista debiera en realidad contar con gratitud. Por esta razón, las ideas de Melanie Klein (1957) sobre envidia y gratitud son de especial relevancia para un entendimiento más profundo de la reacción terapéutica negativa. Es característico que, con el aumento de la dependencia, también crezca su negación (desmentida) a través de representaciones omnipotentes agresivas. Aquí se trata, naturalmente, de cantidades procesales que se correlacionan con la técnica.

La reacción terapéutica negativa es, con todo, también la respuesta a un objeto experimentado como patogénico, según lo muestra el análisis de caracteres maso-quistas. Estos pacientes debieron someterse en su niñez a una figura parental por la cual no se sintieron queridos o, más aún, despreciados. Para protegerse de esta percepción, el niño comienza a idealizar a los padres y sus rígidas exigencias. Intenta llenar estas demandas y se condena y desprecia a sí mismo para así mantener la ilusión de ser querido por los padres. Cuando se revive esta forma de relación en la transferencia, el paciente debe responder las interpretaciones del analista precisamente con una reacción terapéutica negativa. Hasta cierto punto, el paciente invierte el juego y esta vez asume la posición de la madre sarcástica que se burló de sus opiniones, y coloca al analista en la posición del niño que es permanente-mente tratado de forma injusta y que, a pesar de todo, desesperado, ambiciona amor. Parkin (1980) llama a esta situación "atadura masoquista" entre sujeto y objeto.

Por su parte, Etchegoyen (1986), después de revisar ampliamente las distintas explicaciones que se han dado para la reacción terapéutica negativa, plantea que en esto no hay que confundir el nivel psicopatológico con el nivel de la teoría de la técnica, pues si bien los pacientes graves son los que presentan con mayor frecuencia reacciones terapéuticas negativas, también éstas se pueden ver en análisis de pacientes menos graves. Nosotros agregaríamos que ésta en gran medida también depende de lo que el analista haga o no haga, de lo que interprete o no interprete. Etchegoyen termina diciendo que lo más probable es que las distintas hipótesis tengan aplicación en distintos tipos de situaciones clínicas, con distintos tipos de pacientes.

Los conocimientos antes diseñados sobre las motivaciones inconscientes de la reacción terapéutica negativa contribuyeron a modificaciones positivas de la técnica psicoanalítica. Nuestra sinopsis aclara que el denominador común que Grunert encontró en el proceso de separación-individuación de Mahler prueba ser un buen principio clasificador. Con todo, el que los trastornos en esta fase, que comprende entre el quinto y el trigésimo sexto mes de vida, sean causas especialmente relevantes para la reacción terapéutica negativa, es algo que, en nuestra opinión, permanece abierto. En todo caso, pensamos que es importante considerar lo que el analista contribuye para la regresión terapéutica y cómo la interpreta en base a su contratransferencia y enfoque teórico (Limentani 1981).

#### **4.4.2 Agresión y destructividad: más allá de la mitología de la pulsión**

Puesto que la derivación de Freud de las resistencias superyoica y del ello desde la biología es incorrecta, entonces tampoco los límites de la aplicación del método psicoanalítico están allí donde Freud lo sospechó. Los factores hereditarios y constitucionales que tan decisivamente contribuyen a moldear

cualquier potencial individual para el crecimiento y el desarrollo, no se encuentran donde la definición freudiana de las pulsiones los localiza. Ni la resistencia del ello (como trans-ferencia erótica), como tampoco la resistencia superyoica (como repetición maso-quista), deben su cualidad a la naturaleza conservadora de la pulsión, que Freud creyó tener que suponer fundándose en su especulación metapsicológica sobre la pulsión de muerte. La introducción de una pulsión agresiva o destructiva independiente y su derivación de la pulsión de muerte, que alcanzó su culminación en *El malestar en la cultura* (Freud 1930a), tuvieron para la técnica de tratamiento consecuencias positivas y negativas. En *Más allá del principio del placer* (1920g) Freud describió la repetición a la compulsión y el carácter conservador de la vida pulsional. Diez años más tarde él se admiraba de que "podamos pasar por alto la ubicuidad de la agresión y destrucción no eróticas, y [que] dejemos de asignarle la posición que se merece en la interpretación de la vida [...]. Recuerdo mi propia actitud defensiva cuando por primera vez emergió en la literatura psicoanalítica la idea de la pulsión de destrucción, y el largo tiempo que hubo de pasar hasta que me volviera receptivo para ella" (Freud 1930a, p.116).

A decir verdad, ya Adler había entregado a la pulsión agresiva un lugar especial e independiente en su teoría de la neurosis. Freud (1909d) describió el rol del odio de manera meramente casuística, por ejemplo, como un rasgo de la neurosis obsesiva compulsiva, pero el fenómeno de la agresión lo derivó de las pulsiones sexuales y de autoconservación. Waelder resume la revisión teórica de los años veinte de la siguiente manera:

Mientras que hasta el momento se había pensado que el fenómeno de la agresión y el odio debía explicarse en términos de las pulsiones sexuales y de auto-conservación (la dicotomía de la teoría psicoanalítica temprana de los instintos) y en términos del yo, ahora llegaron a ser vistos como manifestaciones de una pulsión destructiva (Waelder 1960, p.131).

A pesar de la recepción discrepante que encontró el nuevo dualismo pulsional de Freud, como lo muestran las publicaciones de Bibring (1930), Bernfeld (1935), Fenichel (1935b), Loewenstein (1940) y Federn (1930), las consecuencias indirectas que tuvo fueron considerables, aun allí donde la teoría como tal fuera recibida con escepticismo y rechazo. De acuerdo con la descripción de Waelder (1960, p.133), incluso analistas que no creían en la existencia de una pulsión de muerte, esto es, que entendían la pulsión agresiva sobre la base de la teoría clínica psicológica del psicoanálisis y no de la metapsicología, "aceptaron apresuradamente la nueva teoría bajo el efecto de la primera impresión". Waelder, apoyándose en Bernfeld (1935), retrotrae esto a las circunstancias siguientes:

Las viejas teorías no podían ser aplicadas directamente a los fenómenos; éstos tenían primero que ser analizados, esto es, se debía investigar sus significados

inconscientes [...]. Empero, clasificaciones tales como "erótico" o "destrutivo" podían aplicarse directamente a material crudo de observación, sin trabajo analítico previo de destilamiento y refinación alguno (o con un simple mínimo de él) [...]. Es fácil decir que un paciente es hostil, mucho más fácil que, por ejemplo, la reconstrucción de una fantasía inconsciente desde el comportamiento transfe-rencial. ¿Podría deberse algo de la popularidad del concepto [la pulsión agresiva] a la engañosa facilidad de su aplicación (o mal aplicación)? (Waelder 1960, pp.133-134).

Waelder invita a la comparación de teorías compilando una lista de modalidades de explicación de la antigua teoría psicoanalítica de la agresión. En su opinión, es posible entregar una buena explicación de los fenómenos agresivos y destructivos usando la vieja teoría, esto es, sin recurrir al supuesto de una pulsión agresiva independiente:

Una actitud, acción o impulso destructivo puede ser:

- 1) la reacción frente (a) a una amenaza a la autoconservación o, más general, frente a los propósitos habitualmente atribuidos al yo; o una reacción en contra (b) de la frustración, o una amenaza de tal, o en contra de una pulsión libidinal. O,
- 2) un producto secundario a una actividad yoica tales como, (a) el dominio del mundo externo o, (b) el control del cuerpo o mente propios. O,
- 3) una parte o aspecto de un apremio libidinoso que de alguna manera implica agresividad contra el objeto, tales como, por ejemplo, la incorporación o la penetración.

En el primer caso, podemos sentir hostilidad en contra de aquellos que amenazan nuestras vidas o que contrarían nuestras ambiciones yoicas (1a), o en contra de aquellos que compiten con nosotros por el mismo objeto amoroso (1b). En el segundo sentido, el intento normal del organismo en crecimiento de adquirir do-minio sobre el mundo externo implica una medida de destructividad, cuando se trata de objetos inanimados, o de agresión en relación al hombre o al animal (2a). O, puede manifestarse ella misma como un producto secundario del control sobre nuestro cuerpo, que gradualmente se va necesitando, o como un subproducto de nuestra lucha por adquirir control sobre nuestra mente (2b), relacionado al miedo de ser sobrepasado por la fuerza del ello. Finalmente, puede ser parte esencial de un apremio libidinoso, o un aspecto de él, tal como en el morder oral, la incorpo-ración oral, el sadismo anal, la penetración fálica o la retención vaginal (3). En todas estas instancias aparece agresión, a veces muy peligrosa; pero no hay necesidad imperiosa de postular una pulsión innata a destruir (Waelder 1960, pp.139-140).

Esta clasificación de Waelder implica dos aspectos principales que quisiéramos destacar especialmente. Podríamos considerar este comportamiento bajo el punto de vista de la espontaneidad y de la reactividad. En el actuar y



experimentar hu-manos, los aspectos espontáneos y reactivos están mezclados desde un principio. Comparativamente, las actividades nutritivas, orales y sexuales tienen un alto grado de espontaneidad. Uno de los rasgos definitorios de la conducta instintiva es la preponderancia de la influencia de procesos rítmicos, corporales y endopsí- quicos sobre la de los estímulos desencadenantes. Waelder, en contraste, enfatiza la naturaleza reactiva de la agresividad. Por supuesto, la agresividad sería imposible sin la actividad espontánea que caracteriza al hombre, como a otros seres vivientes. En este sentido Kunz (1946b, p.23) pudo decir "que la espontaneidad constituye el fundamento que posibilita la reactividad".

Puesto que Freud describió el desarrollo de la espontaneidad humana en términos de teoría de la libido (y hambre y sexualidad tienen en realidad todas las caracte-rísticas de una pulsión), fue natural entender la igualmente ubicua agresividad también como una pulsión primaria. Es probable que un factor que hasta el día de hoy también contribuye a esto sea la idea de que sólo si le damos a la agresividad un rango primario junto a la sexualidad, podemos hacer justicia a su significación en la vida comunitaria.

La suposición de su génesis reactiva pareciera dar a la agresividad el carácter de un fenómeno secundario, incluso minimizar su importancia. ¡Nada más lejos de nuestra intención! Y para demostrarlo, más adelante intentaremos probar cómo, precisamente, el origen no pulsional de la agresividad constituye su naturaleza ma-ligna. Para introducir esta línea argumentativa, es recomendable distinguir entre acciones agresivas y destructivas y sus antecedentes inconscientes y conscientes. Dada una transición gradual desde la agresión a la destrucción, la destructividad se define por la devastación y el exterminio, en último término, por la muerte de un ser humano. En contraste, las actividades de expansión y agresivas no son necesari-amente dolorosas, sino que, en algunos casos, incluso placenteras.

Reconsiderando la lista de Waelder, es claro que él considera las manifestaciones de agresividad como reacciones a la frustración o al peligro, como productos se-cundarios de la autoconservación o como fenómenos que acompañan la pulsión sexual. Lo que para Waelder queda fuera es la particularmente maligna "destruc-tividad esencial", la que escapa a nuestra capacidad de comprensión. Con esto, se refiere a manifestaciones de agresión que no pueden ser vistas como reactivas a la provo-cación a causa de que, por su enorme intensidad y duración, sería difícil hacerlas calzar dentro de algún esquema de estímulo y reacción; que no pueden ser vistas como productos secundarios de actividades yoicas porque ellas no son ni acom-pañantes de actividades yoicas actuales ni parecen explicarse como derivados de anteriores productos secundarios de actividades yoicas; y, finalmente, que no pueden ser vistas como parte de pulsiones sexuales porque ningún tipo de placer sexual aparece unido a ellas (Waelder 1960, p.142)

Como ejemplo de destructividad esencial, Waelder refiere el caso más monstruoso de la historia: el insaciable odio de Hitler por los judíos, agregando: "Es difícil ver cómo podría éste ser explicado sobre una base reactiva, a causa de su falta de límites y de su carácter inagotable" (Waelder 1960, p.144).

Estamos totalmente de acuerdo con Waelder que la falta de limitación y el carácter inagotable de este odio y de formas similares de destructividad no son explicadas adecuadamente por el esquema estímulo-reacción. Es verdad que el descubrimiento de Freud de las disposiciones reactivas inconscientes hizo comprensible precisamente las acciones que eluden nuestro entendimiento, las aparentemente inmotivadas o que no guardan ninguna proporción con la causa aparente. Esta desproporción entre causa y reacción caracteriza el pensar y el actuar timoneado desde el inconsciente, en especial el delirante. La voluntad de destrucción inagotable e insaciable, que abrazó gran parte del pueblo alemán bajo Hitler, se encuentra muy lejos de aquello que habitualmente caracterizamos como un fenómeno pulsional.

Mencionamos aquí este caso monstruoso de destructividad, precisamente porque creemos que el holocausto es una experiencia extrema que contribuyó también a la revisión de la teoría psicoanalítica de la agresión. Los acontecimientos de la historia reciente, no obstante, también han hecho revivir la creencia en una pulsión de muerte; consecuentemente, las profundas revisiones iniciadas al comienzo de los setenta han permanecido sin ser notadas. Cualesquiera sean las causas, y entre ellas, cualquiera el suceso de persecución, la amenaza apocalíptica o el desarrollo independiente dentro del psicoanálisis que haya contribuido a ella, el hecho es que en los años recientes se ha llevado a cabo una revisión fundamental de la teoría psicoanalítica de las pulsiones de la que apenas se tiene noticia.

En base a sutiles análisis psicoanalíticos y fenomenológicos de los fenómenos agresivos y destructivos, Stone (1971), A. Freud (1972), Gillespie (1971), Rochlin (1973) y Basch (1984) han llegado, de manera independiente, a la conclusión de que, justamente, la destructividad humana maligna no presenta los rasgos que, tanto dentro del campo analítico como fuera de él, habitualmente se le asignan a pulsiones tales como la sexualidad y el hambre. Es verdad que A. Freud, apoyándose en Eissler (1971), hizo un vano intento de rescatar la teoría de la pulsión de muerte. Sin embargo, es su clara argumentación en favor de que la agresión carece de los caracteres propios de una pulsión, tales como fuente y energía especial, la que no deja lugar para la pulsión de muerte. El que el nacimiento y la muerte sean los acontecimientos más significativos de la vida humana, y que toda psicología que haga justicia a su nombre deba dar a la muerte un lugar esencial en su sistema, como lo destaca A. Freud, en referencia a Schopenhauer, Freud y Eissler, no remite a la pulsión de muerte, sino a una psicología y a una filosofía de la muerte (Richter 1984).

Las observaciones clínicas mencionadas por A. Freud, extraídas de análisis de niños y adultos, del mismo modo que las observaciones directas de niños, caen todas dentro del territorio que Waelder puso en evidencia. El que hasta el momento apenas se hayan extraído las consecuencias de la crítica a la teoría pulsional de la agresión, seguramente está en relación con el hecho de que seguimos hablando en el lenguaje habitual. También A. Freud sigue basando sus descripciones de las ob-servaciones clínicas en la teoría pulsional, aun después de haber refutado el carácter pulsional de la agresión, como lo muestra la siguiente cita:

Los niños en análisis pueden mostrarse enojados, destructivos, insultantes, recha-zantes o agresivos por una amplia gama de razones, siendo sólo una de ellas la descarga directa de fantasías o impulsos agresivos genuinos. El resto es conducta agresiva al servicio del yo, esto es, con el propósito de defensa: como reacción a la angustia o como una manera efectiva de encubrirla; como una resistencia del yo en contra de un debilitamiento de las defensas; como una resistencia en contra de la verbalización de material preconscious e inconsciente; como una reacción su-peryoica en contra del reconocimiento consciente de derivados del ello, sexuales o agresivos; como negación (desmentida) de algún lazo positivo, libidinal con el analista; como una defensa contra tendencias pasivo-femeninas ("rabia impo-tente") (A. Freud 1972, p.169; la cursiva es nuestra).

Con todo, ¿cuáles son las razones para la descarga de fantasías agresivas genuinas? Después que A. Freud negó a la agresión una energía especial, naturalmente tam-poco ella puede ser descargada. Su uso de la compacta expresión "fantasías agre-sivas genuinas" merece además un comentario: lo más probable es que las explo-siones difusas, indirectas, o aquellas que comprometen un objeto que está sólo accidentalmente presente (la famosa mosca en la pared), ocurran reactivamente y como resultado de injurias previas, cuando simultáneamente se da una incapacidad de defenderse uno mismo, que puede, a su vez, tener causas internas o externas. Pues la gratificación de la agresión no es comparable con la satisfacción del ham-bre o con el placer del orgasmo. Después de disputas verbales se puede tener el sentimiento "al fin le dije lo que pienso de él". La gratificación de impulsos agre-sivos destructivos sirve así para la reconstitución de un sentimiento de autoestima dañado. El que una persona se sienta mejor después de un estallido emocional, siempre que sentimientos de culpa posteriores no lo coarten, tiene, en efecto, que ver también con la disminución de la tensión, pero esta tensión tiene siempre un origen reactivo y se basa en frustraciones, en el amplio sentido de la palabra.

La concepción de que la agresividad y destructividad humana carecen de las carac-terísticas de una pulsión, no minimiza de ningún modo su importancia. Al con-trario, es precisamente el odio especialmente maligno, sin tiempo e

insaciable, que irrumpe impredeciblemente, el que ahora se hace accesible a la explicación psi-coanalítica.

En su crítica a la pulsión agresiva, A. Freud llegó a la misma conclusión que Kunz, crítico constructivo del psicoanálisis, incluso amable, a cuyas investigaciones nos referiremos. Dicho sea de paso, el que sus análisis fenomenológicos hayan sido olvidados es una muestra más de la insuficiente comunicación entre las disciplinas. Hace cuarenta años, Kunz escribió:

[...] no hay ninguna "pulsión" agresiva, en el sentido que asignamos a la naturaleza pulsional de la sexualidad o el hambre (p.33s).

No argumentaremos por lo tanto acerca de la palabra "pulsión", porque por su-puesto podemos imputar "pulsiones" o "una pulsión" a todas las conductas vivas y aun a acontecimientos cósmicos. La pregunta es más bien: dado que hemos de-cidido, a modo de ejemplo, dar el nombre de "actos pulsionales" a las acciones que sirven a la gratificación del deseo sexual o al hambre, y presumir que están, al menos parcialmente, determinadas por mecanismos dinámicos que llamamos "pul-siones", ¿es apropiado, entonces, describir los actos de agresión o destrucción como "pulsionales" y llamar al supuesto factor motriz "pulsión agresiva", en comparación con los actos pulsionales y pulsiones recién nombrados? O, ¿no son las diferencias entre los dos complejos de fenómenos tan pronunciadas que el usar la misma terminología para ambos, conduce inevitablemente a malentendidos y a barreras en el conocimiento? Esta es pues nuestra opinión: que los movimientos agresivos destructivos son en esencia diferentes de las acciones debidas a la excitación sexual y al hambre, a pesar de las muchas semejanzas (Kunz 1946b, p.41s; cursiva en el original).

A. Freud concluye que la agresión humana carece de algo específico: de órgano, de energía y de objeto. Kunz enfatiza que a la agresión,

[...] en el fondo, le falta la especificidad, tanto en la vivencia como en sus formas de manifestación [...]. En favor de la corrección de la tesis de la inespecificidad de la agresión habla, en primer lugar, la falta de un órgano o campo de expresión primariamente al servicio de la agresión. Hemos sido capaces de determinar que hay preferencias por ciertas zonas del cuerpo, que cambian en el curso de la vida, y hemos debido admitir la posibilidad de que tales vínculos pueden también for-marse y solidificarse secundariamente. Para la agresividad no existe una pertenencia de órgano original -aunque no sea exclusiva- como en el caso del tracto digestivo para el hambre o de la zona genital para la sexualidad (Kunz 1946b, p.32; cursiva en el original).

Kunz documenta la supuesta inespecificidad, además, por la ausencia de un objeto reservado para la agresión.

La actividad espontánea, como la base de las relaciones de objeto, es la condición de la reactividad que Kunz aquí discute. Por eso, subrayamos con él que

el enorme efecto y la permanente disposición a desencadenarse de la agresión y la destructividad puede entenderse sólo si se presupone su naturaleza reactiva.

Si la agresión se basara en una pulsión agresiva específica, presumiblemente se ajustaría, como lo hacen las demás necesidades enraizadas en pulsiones, al ritmo, más o menos pronunciado pero nunca completamente ausente, de tensión y relajación, de inquietud y reposo, de carencia y satisfacción. Ciertamente, existe también una saturación de los impulsos agresivos, tanto cuando la gratificación sigue inmediatamente a la aparición del impulso como después de una descarga diferida; pero ésta no obedece a una alternancia física autónoma, sino que está conectada con la actualización de las agresiones. Una excepción aparente la constituye la agresividad acumulada que resulta de la inhibición previa de numerosos impulsos, que llega a ser una suerte de rasgo permanente del carácter y que descarga de tiempo en tiempo sin razón (aparente) (Kunz, 1946b, pp.48-49).

Volviendo a las consecuencias teóricas y prácticas de esta crítica, la inespecificidad de la alegada naturaleza pulsional de la agresividad humana hace necesaria una consideración diferenciada. Tal consideración condujo a la división del complejo campo y a la formación de teorías parciales.

Consecuentemente, su validez empírica es limitada. Teorías venerables, tal como la teoría de la frustración-agresión, sobre la cual, por ejemplo, Dollard y cols. (1967 [1939]) verificaron experimentalmente supuestos de base psicoanalítica referentes al cambio súbito de transferencia positiva en odio, explican sólo aspectos parciales (véase Angst 1980). Desde un punto de vista psicoanalítico, es especialmente digno de destacar que, aun en la investigación experimental de la agresión, lo que prueba ser una influencia decisiva para su conducta agresiva es el grado en el cual un individuo es afectado por un evento, lo que se puede resumir por conceptos tales como "frustración, ataque, arbitrariedad" (Michaelis 1976, p.34), .

Es interesante hacer notar que Michaelis llega a un modelo procesal de la agresión, al afirmar: "El factor decisivo no lo constituyen los actos mismos de frustración, ataques o actos arbitrarios, sino más bien la dirección del evento, y con eso el grado en el cual un individuo es afectado" (Michaelis 1976, p.31). Creemos que el conocimiento técnico que hace posible descubrir los factores desencadenantes de impulsos, fantasías o actos agresivos, se orienta alrededor del grado en el cual el sujeto se afecta o se siente injuriado. Una técnica de tratamiento que se sitúe más allá de la mitología de la pulsión debe proponerse un análisis fenomenológico y psicoanalítico diferenciado, en el sentido de Waelder, de la situación originaria.

La conexión laxa de las pulsiones con sus objetos, según la describió Freud, distingue de manera significativa las pulsiones humanas de los instintos animales y su regulación por mecanismos de desencadenamiento innatos. Esta diferencia es la base de la plasticidad de la elección de objeto humana. Es

altamente probable que esta conexión laxa sea la expresión de un salto evolutivo característico del proceso de desarrollo del ser humano. Lorenz (1973) usa el término fulguración para describir la situación. La metáfora de la luminosidad súbita que emana de un rayo expresa adecuadamente la transformación de la vida inconsciente en un estado de conciencia. 'Que se haga la luz': en alusión al relato bíblico de la creación, se podría decir que la fulguración creó una luz relampagueante que arrojó sombras e hizo posible distinguir entre claridad y oscuridad, entre el bien y el mal. Y, ¿qué pasa con el trueno que habitualmente sigue al rayo? Su eco, enormemente amplificado, todavía hoy se hace oír en la idea de que la fulguración, como salto evolutivo, trajo consigo la capacidad para la formación de símbolos y, con ella, el potencial de usar la destructividad al servicio de fantasías grandiosas.

Las metas destructivas de la agresividad humana, tales como la aniquilación de seres humanos o de pueblos enteros -como el genocidio del pueblo judío perseguido, en el holocausto- escapan a una explicación biológica. A nadie se le ocurriría minimizar tales formas de agresión explicándolas como manifestaciones del, así llamado, mal. Es revelador que haya sido precisamente un biólogo, v. Bertalanffy (1958), quien haya recordado a los psicoanalistas la importancia de la formación de símbolos para la teoría de la agresividad humana.

La capacidad simbólica no sólo hace posible la evolución cultural del hombre. También trae consigo la posibilidad de distinguirse de los demás como individuo, y permite el levantamiento de barreras comunicativas entre los grupos. Estos procesos pueden además contribuir a que ahora los conflictos sean resueltos "como si se tratara de altercados entre especies diferentes, que en el mundo animal, en general, se orientan a la destrucción del adversario" (Eibl-Eibesfeldt 1980, p.28). En este punto es necesario distinguir entre agresión intraespecífica e interespecífica. Un rasgo típico de la destructividad dirigida a otro hombre es que se le discrimina y se le declara como humanoide. La descalificación mutua y alternante siempre ha jugado un rol esencial en la agresión entre los grupos. Como resultado del desarrollo de los medios de comunicación de masas, la influencia de la propaganda ha crecido en nuestros tiempos, para bien y para mal, más allá de todo límite. En su famosa carta a Einstein, Freud contrastó la agresividad humana y su forma destructiva degenerada, de manera particular, con el vínculo emocional que se logra a través de la identificación: "Todo lo que establezca sustantivas relaciones de comunidad entre los hombres provocará esos sentimientos comunes, esas identificaciones. Sobre ellas descansa en buena parte el edificio de la sociedad humana" (Freud 1933b, p.195). Tales procesos de identificación son también la base de la relación terapéutica, y por esa razón la transferencia negativa y agresiva es una variable que depende de muchos factores.

En contraste con los procesos recién descritos, la conducta agresiva animal está controlada endógenamente por procesos rítmicos. En la investigación del comportamiento, Lorenz ha descrito descargas en objetos que consumen el instinto, que podrían llamarse agresivas. Parece haber analogías entre las

actividades sustitutivas y las descargas agresivas en el objeto del desplazamiento, y entre las actividades en vacío (Leerlaufaktivitäten) y el actuar ciego sin objeto aparente (Thomä 1967a). Las recomendaciones terapéuticas que Lorenz (1963) entrega en su bien conocido libro, en alemán titulado *Das sogenannte Böse* (literalmente, "el así llamado mal"), están en el nivel de las venerables catarsis y abreacción emocional. El consejo de Lorenz consiste, básicamente, en buscar la disminución psicosocial del potencial agresivo, que podría conducir la historia de la humanidad a su fin, a través de formas inofensivas de descarga, tales como el deporte. En estas recomendaciones es patente el influjo de la teoría de la descarga y la catarsis. Algunas formas inofensivas de transferencia negativa pueden entenderse de esa manera: por ejemplo, la agresividad producida reactivamente por la frustración como parte de la transferencia negativa.

Sin embargo, siguiendo la argumentación de A. Freud, todos los modelos simples de explicación y analogías llegan a ser dudosos, pues la agresividad humana no tiene reserva energética ni objeto fijo. Mientras que la agresión animal in-específica consiste sólo en encontrar y matar a la presa, la destructividad humana es insaciable. La falta de restricciones espaciales y temporales de la fantasía parece haber también conducido a que, a diferencia del reino animal, los ritos no aseguren ni mantengan, confiablemente, los límites (Wisdom 1984). La conducta agresiva entre miembros de la misma especie animal, sea entre rivales sexuales o por la jefatura o territorio, cesa cuando el animal más débil reconoce la derrota a través de una postura de sumisión o mediante la huida (Eibl-Eibesfeldt 1970). En el reino animal, la distancia puede hacer cesar la lucha entre compañeros de la misma especie; en contraste, la distancia es una condición de la destructividad humana: con ella, la imagen del enemigo se distorsiona más allá de lo reconocible.

Según mencionamos hace poco, Bertalanffy retrotrajo la destructividad humana a la capacidad simbólica del hombre y la distinguió de la agresividad pulsional, en analogía con la conducta animal. El factor que da a la agresividad humana su cualidad maligna y que la hace tan insaciable es su ligazón con sistemas de fantasías conscientes e inconscientes, que parecieran generarse a sí mismos desde la nada y que degeneran hacia el mal, pues la capacidad simbólica como tal está más allá del bien y del mal.

Por supuesto, un analista no puede darse por satisfecho con la idea de que las fantasías omnipotentes y las metas destructivas surgen, por así decirlo, desde la nada. Sabemos que injurias que aparecen completamente banales pueden desencadenar reacciones agresivas enormemente exageradas en personas sensibles, especialmente en casos de psicopatología fronteriza. Los procesos destructivos se ponen en movimiento porque las fantasías inconscientes dan a los estímulos externos inofensivos la apariencia de grave amenaza. En relación a este punto, la investigación psicoanalítica regularmente reconoce que la medida de la injuria desde afuera está en directa proporción al monto de agresión de la que el sujeto se ha aliviado mediante la proyección. A Melanie

Klein (1946) corresponde el mérito de haber descrito este proceso en el marco de la teoría de la identificación proyectiva e intro-yectiva como relación de objeto. Siempre dentro de la visión kleiniana, Rosenfeld (1971, 1987) ha descrito pacientes donde la organización narcisista toma caracteres de "narcisismo destructivo" omnipotente especialmente maligno, donde los aspectos destructivos del self son idealizados y tienen el poder de mantener capturados los aspectos infantiles positivos y dependientes; así, el narcisismo destructivo ataca violentamente, y en eso la envidia toma un carácter especialmente diabólico y autodestructivo, cualquier contacto libidinoso entre paciente y analista. Es significativo que Rosenfeld afirme que la organización narcisista se hace evidente, en la forma de violentos ataques sádicos y envidiosos, sólo cuando la parte infantil y necesitada del paciente se pone en contacto con el analista, lo cual da al narcisismo, no importando lo maligno y destructivo, de alguna manera, un carácter reactivo. También en este punto Rosenfeld modificó al final de su vida su posición técnica. En su última obra dice haber abandonado las interpretaciones directas de la destructividad, por interpretaciones indirectas, en el sentido de algo innerte o mortal que desde dentro amenaza, paraliza y detiene el desarrollo del paciente (1987, pp.267s). A decir verdad, el problema de qué experiencias infantiles motivan fantasías grandiosas y destructivas (y su proyección, con el subsecuente control de los objetos), ha permanecido sin solución hasta el día de hoy. Cada madre sabe que los niños pequeños muestran intensas reacciones agresivas, en especial frente a la frustración, como también que la tolerancia a la misma disminuye cuando se los mira continuamente. Por esta razón, Freud señaló tanto la privación como el sentimiento excesivos como igualmente desfavorables para la educación.

Si se sigue hacia atrás la historia del desarrollo de sistemas de fantasías con contenidos representacionales grandiosos, se llega finalmente a la pregunta de cuán firmemente está fundado el supuesto de representaciones inconscientes arcaicas de omnipotencia e impotencia. La teoría del narcisismo ofrece una clara respuesta a este respecto: el self grandioso innato de Kohut reacciona a cada injuria con rabia narcisista. La fenomenología de la susceptibilidad aumentada y de la rabia narcisista (preferimos hablar aquí de destructividad) es, quién afirmaría lo contrario, uno de los datos clínicos más antiguos y menos controvertido del psicoanálisis. En vista a la crítica actual de la metapsicología, la tarea que tenemos por delante es encontrar una clarificación libre de prejuicios sobre el rol de la capacidad simbólica del hombre en el origen de la destructividad humana.

Si se considera la autoconservación como un principio biopsicológico de regulación que puede ser perturbado tanto desde dentro como desde fuera, es posible adscribir un carácter autoconservador, tanto a la dominación oral, reflexiva, del objeto, como a los sofisticados sistemas delirantes de destrucción que están al servicio de ideas grandiosas. La fantasía asociada con procesos de simbolización, en el sentido más amplio del concepto, es ubicua.



Ya que la fantasía se acopla con la capacidad para formar representaciones internas, la agresividad infantil difícilmente puede tener aquella intensidad arcaica atribuida a ella por el supuesto, sacado de la teoría de las pulsiones, de que la libido narcisista se expresa en la omnipotencia infantil. Con las fantasías grandiosas llegamos también a los deseos conscientes e inconscientes que son inagotables a causa de su conexión laxa y su plasticidad.

Es muy significativo que la agresividad instrumentalizada esté siempre presente, mientras que la satisfacción oral y sexual sea saciable. La agresividad está al servicio de un tipo de autoconservación determinada predominantemente por contenidos psíquicos. Recurrimos de este modo a la antigua clasificación de Freud, y le damos un contenido psicosocial. Es sabido que Freud inicialmente atribuyó la agresión a la pulsión de autoconservación, que también llamó pulsión del yo, en oposición a la pulsión sexual y de conservación de la especie. De acuerdo a esta clasificación, la dominación del objeto al servicio de la autoconservación se incluye dentro de las pulsiones del yo. Ampliando enormemente lo que Freud llamó autoconservación, es posible ver la destructividad humana como un correlato de la misma. De este modo, ni la destructividad humana, como tampoco la conservación de la especie, pueden ahora concebirse meramente como principios reguladores biológicos. Con todo, ambas permanecen ligadas entre sí, porque la destructividad en su intensidad y extensión está en una relación de interdependencia con las fantasías grandiosas y su realización.

Esta hipótesis contiene un elemento reactivo desde el momento en que con el aumento de las fantasías grandiosas crece también el peligro planteado por enemigos imaginarios. De este modo se configura un círculo vicioso que de manera creciente encuentra ocasiones realistas para transformar los enemigos imaginarios en adversarios reales que luchan por su sobrevivencia. Tal tipo de autoconservación ya no se funda en la biología. La lucha ya no es por la sobrevivencia animal, que puede estar bien garantizada, y que de regla lo está. Se podría incluso decir que el *Homo symbolicus* no puede desarrollarse plenamente y poner sus inventos al servicio de la agresión sino hasta después de haber alcanzado un margen de seguridad suficiente, esto es, hasta después que la conexión laxa entre la pulsión alimenticia y el objeto se haya estabilizado de tal modo, que la lucha por el pan diario no sea la preocupación única o predominante (Freud 1933a, p.163-4). ¿Por qué luchó Michael Kohlhaas (para mencionar un personaje de la historia alemana inmortalizado por una novela de H. Kleist, en el que la lucha por la justicia se confunde con profundos motivos inconscientes)? La razón fundamental no fue ciertamente el lograr una compensación por la injusticia material que le infligió el aristócrata cuando le robó los caballos.

Ya que la autoconservación, en el sentido estricto y amplio del concepto, se vincula con la satisfacción de necesidades vitales, el problema de la relación entre privación y aumento compensatorio de envidia, voracidad, venganza o de fantasías de potencia, cobra entonces la más grande importancia. Freud

mostró, usando como ejemplo las consecuencias del consentimiento en la niñez, que la agresividad no es sólo de origen compensatorio. El mimo crea en el futuro adulto un potencial agre-sivo según el cual una exigencia moderada será más tarde experimentada como un atrevimiento insoportable: con el fin de mantener el sentirse consentido, esto es, por autoconservación, se utilizarán medios agresivos que mantengan el status quo.

Las consecuencias de la revisión de la teoría de la agresión en la técnica afectan tanto la resistencia superyoica como la reacción terapéutica negativa y también la transferencia negativa. Mientras mayor sea la inseguridad en la situación analítica, es decir, mientras más seria la amenaza para la autoconservación, más intensas se-rán las transferencias agresivas. Moser ha llamado enfáticamente la atención sobre las consecuencias para la situación analítica de que las señales agresivas no se re-conozcan in statu nascendi:

Si no se toman en cuenta las señales agresivas (fastidio, rabia), y si ellas no con-ducen a ningún tipo de actividad conductual que cambie la situación desenca-denante, la activación emocional sigue entonces su curso. (Esto corresponde a la tesis de Freud de la sumación de señales). La sobreactivación se muestra final-mente en un estado de enojo o rabia en el cual, evidentemente, sólo es posible una conducta agresiva descontrolada [...]. Ya que la situación analítica impide los actos motores agresivos mediante un condicionamiento sistemático que, acoplado con insight, refuerza operantemente el no-actuar, existirá la inclinación a soma-tizar los arranques agresivos, en la medida en que éstos no puedan ser intercep-tados interactivamente por una interpretación del analista (Moser 1978, p.236).

Ya Balint llamó la atención sobre una desventaja de la interpretación demasiado temprana de la transferencia negativa (1954, p.160):

En este último caso, el paciente puede ser prevenido de sentir un odio sangriento u hostilidad, porque las interpretaciones consistentes le permiten descargar sus emociones en pequeñas cantidades, que no pasarán de algún tipo de sentimiento de irritación o contrariedad. Del mismo modo, el analista que interpreta consistente-mente demasiado pronto la transferencia negativa, tampoco necesita enfrentarse, al igual que su paciente, a emociones de gran intensidad; todo el trabajo analítico puede ser hecho en base a "símbolos" de odio, hostilidad, etc.

Kohut entiende la transferencia negativa como una reacción del paciente a las ac-ciones del psicoanalista, lo que, como se sabe, lo lleva a criticar la naturaleza pul-sional de la agresividad humana y a interpretar la destructividad en el marco de una teoría del self.

Kohut sacó conclusiones de su visión de que no se puede sostener que la des-tractividad humana sea una pulsión primaria, conclusiones que profundizan el entendimiento de la transferencia agresiva. Aunque no compartimos su opinión

de que la destructividad sea un producto primitivo de desintegración (Kohut 1977, p.119; 1984, p.137), sin lugar a dudas la "rabia narcisista" pertenece a los procesos de mantención de los sistemas ilusorios del self y de la identidad. Estos se pueden sobre todo encontrar en las ideologías personales y colectivas. La diferencia entre agresión y destructividad es considerable. La agresión pura, dirigida contra las personas u objetos que se oponen a la gratificación, desaparece rápidamente después que se ha alcanzado la meta. En contraste, la rabia narcisista es insaciable. Las fantasías conscientes e inconscientes han llegado entonces a hacerse independientes de los eventos que precipitan la rivalidad agresiva, y operan como fuerzas insaciables de destrucción sangrientas.

Para los efectos de la técnica, es esencial identificar las numerosas injurias narcisistas que el paciente efectivamente experimenta en la situación analítica, y no las que percibe exageradamente a través de la lupa. La impotencia infantil que re-vive por la regresión en la situación analítica conduce reactivamente a ideas de omnipotencia, que pueden tomar el lugar de controversias directas si los factores precipitantes realistas en el aquí y ahora no son seriamente tomados en cuenta. Los pacientes narcisistas rehúsan verse envueltos en disputas agresivas diarias, pues para ellos éstas rápidamente se transforman en una cuestión de todo o nada. A causa de su elevada susceptibilidad a las injurias, estos pacientes se mueven en el círculo vicioso de las fantasías inconscientes de venganza. En el caso de las ideologías personales o colectivas, se crea un enemigo cuyas cualidades facilitan las proyecciones. Así, con gran regularidad es posible observar que la rabia narcisista se transforma en rivalidad cotidiana, relativamente inofensiva, si es que en la situación analítica ha sido posible reconducir la injuria hasta sus raíces.

Fue también por motivos técnicos que poco antes citamos la carta de Freud a Einstein. Las transferencias negativas, agresivas, deben ser vistas en el contexto de si acaso es posible la creación de una base común significativa, en el sentido del "trabajo común" de Sterba (1934, 1940; véase también cap. 2). La transferencia negativa y agresiva tiene también una función en la regulación de la distancia, ya que las identificaciones se forman por imitaciones y apropiaciones, y este intercambio interpersonal inevitablemente se conecta con perturbaciones. Encontrar la distancia óptima es particularmente crucial en los pacientes de alto riesgo, los cuales, a primera vista, parecen requerir un grado especial de apoyo y empatía. Una neutralidad profesional correctamente entendida, que no tiene nada que ver con el anonimato, contribuye a este respecto (T. Shapiro 1984).

Las consecuencias técnicas que podemos extraer de estas reflexiones, corresponden en parte con las recomendaciones de Kohut. Es esencial que el desencadenante real en el aquí y ahora se vincule con su significado irrefutable. Este desencadenante real puede posiblemente encontrarse ya en el hecho de que el paciente busca ayuda en el analista. La pregunta de cuán

rápidamente puede el analista moverse del aquí y ahora de la injuria al allá y entonces de la génesis de la susceptibilidad aumentada, es un tema que discutiremos nuevamente, a través de casos concretos, en el segundo volumen.

#### **4.5 Ganancia secundaria de la enfermedad**

Una de las cinco formas de resistencia de Freud fue la "resistencia yoica [...], la que parte de la ganancia de la enfermedad y que se basa en la integración (Einbe-ziehung) del síntoma en el yo" (Freud 1926d, p.150; cursiva en el original). Para la evaluación de las fuerzas externas que codeterminan y mantienen la enfermedad psíquica, es útil tener presente la distinción que Freud hizo en 1923, en una nota al pie en el apéndice al caso Dora (1905e), entre la ganancia primaria y la ganancia secundaria de la enfermedad. Entre 1905 y 1923 se le asignó al yo una importancia mucho mayor en la teoría y en la técnica en relación al origen de los síntomas, especialmente en lo referente a los procesos de defensa. De acuerdo con la nota de 1923, "la tesis según la cual los motivos de la enfermedad no existían al comienzo de ella y se agregaron sólo secundariamente no es sostenible" (Freud 1905e, p.39). En Inhibición síntoma y angustia (1926d, p.94), escribió: "Pero por regla general la trayectoria es otra: al primer acto de la represión sigue un epílogo escénico (Nachspiel) prolongado, o que no se termina nunca; la lucha contra la moción pulsional encuentra su continuación en la lucha contra el síntoma". Precisamente son los casos que muestran una estructuración estable de los síntomas los que se caracterizan por una evolución en la cual las condiciones primarias están de tal modo mezcladas con los motivos secundarios, que se hace difícil distinguirlos. Así, por ejemplo:

Otras configuraciones de síntoma, las de la neurosis obsesiva y la paranoia, cobran un elevado valor para el yo, mas no por ofrecerle una ventaja, sino porque le deparan una satisfacción narcisista de que estaba privado. Las formaciones de sistemas de los neuróticos obsesivos halagan su amor propio con el espejismo de que ellos, como unos hombres particularmente puros o escrupulosos, serían mejores que otros; las formaciones delirantes de la paranoia abren al ingenio y a la fantasía de estos enfermos un campo de acción que no es fácil sustituirles.

De todos los nexos mencionados resulta lo que nos es familiar como ganancia (secundaria) de la enfermedad en el caso de la neurosis. Viene en auxilio del afán del yo por incorporarse el síntoma, y refuerza la fijación de este último. Y cuando después intentamos prestar asistencia analítica al yo en su lucha contra el síntoma, nos encontramos con que estas ligazones de reconciliación entre el yo y el síntoma actúan en el bando de las resistencias. No nos resulta fácil soltarlas (Freud 1926d, p.95; cursiva en el original).

En las Conferencias de introducción al psicoanálisis comenta:

Este motivo [una motivación yoica que aspira a la defensa y el provecho; nota de los autores] quiere resguardar al yo de los peligros cuya amenaza fue la ocasión para que se contrajera la enfermedad, y la curación no se aceptará antes de que parezca excluida la repetición de ellos, o sólo después de haber obtenido un resar-cimiento por el peligro corrido (Freud 1916-17, p.347). [Uds.] comprenderán fácilmente que todo lo que contribuye a la ganancia de la enfermedad reforzará la resistencia de la represión y aumentará la dificultad terapéutica [...]. Cuando una organización psíquica como la de la enfermedad ha subsistido por largo tiempo, al final se comporta como un ser autónomo; [...] (Freud 1916-17, p.349).

La ganancia secundaria de la enfermedad amplifica el círculo vicioso. Por esta razón, el analista debiera poner una especial atención sobre los factores situacionales que, dentro y fuera de la situación analítica, contribuyen a mantener los síntomas. Nosotros atribuimos a la ganancia secundaria de la enfermedad, comprendida ésta en un sentido amplio, una gran significación, y por eso nos preocuparemos de ella nuevamente en el capítulo 8, en la sección dedicada a la reelaboración y reestructuración.

#### **4.6 Resistencia de identidad y principio de salvaguardia**

El lector no habrá dejado de notar que, junto a la diversidad de fenómenos clínicos de resistencia, a menudo hemos hecho referencia a un principio funcional uni-forme. Quisiéramos ahora discutir este principio. Junto a las divergencias de las manifestaciones clínicas de resistencia, que no debieran asombrarnos dada la complejidad de los fenómenos, se dan también reveladoras convergencias. De manera independiente, analistas de diferentes escuelas atribuyen a los procesos de resistencia y defensa una función orientada a la regulación del self y al principio de salvaguardia. En la psicología del self de Kohut, la gratificación pulsional está subordinada al sentimiento de sí. Sandler (1960) subordinó el principio del placer-displacer al de salvaguardia. En la resistencia de identidad de Erikson, el regulador más importante es la identidad que, vista fenomenológicamente, configura con el self una pareja de gemelos siameses. Erikson da la siguiente descripción de la resistencia de identidad:

Aquí vemos la forma más extrema de aquello que podría ser llamado resistencia de identidad, que como tal, lejos de restringirse a los pacientes aquí descritos, es una forma universal de resistencia, experimentada regularmente, pero a menudo no reconocida en el curso de algunos análisis. La resistencia de identidad, en sus formas más moderadas y usuales, es el miedo del paciente a

que el analista, a causa de su personalidad particular, de su "mundo" o su filosofía de vida, pueda, des-cuidada o deliberadamente, destruir el débil núcleo de la identidad del paciente e imponer el suyo propio a cambio. No vacilaría en decir que algunas de las muy discutidas neurosis de transferencia no resueltas en pacientes y en candidatos en formación, son el resultado directo del hecho de que, a menudo y en el mejor de los casos, la resistencia de identidad es analizada de manera muy poco sistemática. En tales casos el analizando puede resistir desde el principio hasta el fin del análisis cualquier intrusión de los valores del analista en su propia identidad, mientras en todos los demás puntos se somete; o absorber de la identidad del analista más de lo que puede manejar por sus propios medios; o abandonar el análisis con la sensación, para toda la vida, de que el analista le adeuda algo esencial que no le dio.

En casos de confusión aguda de identidad, esta resistencia de identidad llega a ser el problema central del encuentro terapéutico. Las variaciones de la técnica psicoanalítica tienen en común este mismo problema: la resistencia dominante debe ser aceptada como la guía principal para la técnica, y la interpretación debe hacerse calzar con la habilidad del paciente para utilizarla. En estos casos, el paciente sabotea la comunicación hasta que haya zanjado algunos problemas básicos, incluso contradictorios. El paciente insiste en que el terapeuta acepte su identidad negativa como real y necesaria -lo que ella es, o más bien era- sin concluir que esta identidad negativa sea "todo lo que él es". Si el terapeuta es capaz de llenar ambas demandas, debe pacientemente probar, a través de muchas crisis serias, que es capaz de mantener la comprensión y la inclinación por el paciente, sin devorarlo y sin ofrecerse a sí mismo como una comida totémica. Sólo entonces pueden emerger, aunque aún vacilantes, formas mejor conocidas de transferencia (Erikson 1968, pp.214-215).

Pensamos que a la resistencia de identidad se le debe adjudicar una función amplia que va más allá de la definición de Erikson. El equilibrio logrado, aun a costa de un falso self en el sentido de Winnicott, o de un self narcisista en el sentido de Kohut, tiene una fuerte inercia. Es posible observar una resistencia de identidad intensa especialmente en aquellas personas que no se sienten como pacientes y cuyos síntomas son egosintónicos. En la anorexia nervosa, por ejemplo, el estilo de vida nuevo ha llegado a ser como una segunda naturaleza y el analista es sentido como un entrometido al cual se le opone la resistencia de identidad.

No nos pasan por alto las diferencias entre estas concepciones. Kohut deriva los sentimientos de sí y su regulación de los "objeto-sí mismos" narcisistas, mientras que el sentimiento de identidad de Erikson y la resistencia de identidad que se le asocia tiene más bien un fundamento psicosocial. Aunque desde un punto de vista fenomenológico el sentimiento de sí y el de identidad apenas se diferencian, las distintas derivaciones de Kohut y Erikson tienen consecuencias también distintas para la técnica de tratamiento. Lo mismo vale

para el principio de salvaguardia, que para Henseler (1974, p.75) se vincula estrechamente con la teoría del narcisismo. Los aspectos de aseguramiento del estilo de vida neurótico ocupan un gran espacio en la teoría de Adler. Freud (1914d, p.52) considera la expresión adleriana "aseguramiento" (Sicherheit) como mejor que la suya propia "medida protectora" (Schutzmaßregel). En este punto podemos volver nuevamente al concepto freudiano de la autoconservación como "el bien más elevado", y encontrar en él el denominador común entre resistencia y defensa. Quién podría dudar que la autoconservación ocupa un rango alto, si no el más alto, entre los factores reguladores, o governors, como lo ha documentado recientemente Quint (1984), en base a estudio de casos. En el sentido psicológico, la autoconservación actúa como regulador a través de los contenidos conscientes e inconscientes que se han integrado a lo largo de la vida, constituyendo así la identidad personal. Por su parte, el sentimiento o sentido de sí mismo (de origen interpersonal), la seguridad en sí mismo, la autoconfianza, etc., dependen de la satisfacción de ciertas condiciones internas y externas. En el fondo, muchas de estas dependencias mutuas han sido conceptualizadas en la teoría estructural psicoanalítica. Tan pronto como discutimos clínicamente el concepto de superyó o yo ideal, tendemos a transformarlos en sustancias y a llamarlos objetos internos (lo que apunta hacia su contenido expresivo), aun cuando éstos se caractericen por su fuerza motivacional. Este uso semántico partió con el descubrimiento de Freud de que en los autorreproches del depresivo "la sombra del objeto" cae sobre el yo (1917d, p.246). Como resultado de la muy expresiva metáfora de Freud en su descripción de los objetos internos, puede fácilmente pasarse por alto que estos objetos están colocados en un contexto de acción: una persona no se identifica con un objeto aislado, sino con interacciones (Loewald 1980, p.48). El que a través de tales identificaciones puedan, a su vez, originarse conflictos intrapsíquicos como resultado de la incompatibilidad de algunas ideas y afectos, es uno de los conocimientos más antiguos del psicoanálisis. Cuando Freud (1895d, p.276) habló de representaciones inconciliables, contra las cuales el yo se defiende, la palabra "yo" aún era usada coloquialmente y equivalía a la persona y al "mí mismo" (Selbst). La pregunta que entonces obviamente surge es por qué actualmente se habla tanto de la regulación del self y del principio de salvaguardia, cuando éstos han tenido desde siempre un lugar en la teoría y en la técnica, y cuando la doctrina de la resistencia y de la defensa se ha orientado a su aseguramiento, lo que también está detrás de la teoría estructural. La restricción de la psicología del yo a los conflictos intra-psíquicos y su derivación desde el principio del placer como modelo de descarga pulsional, ha probado ser un lecho de Procusto, demasiado estrecho para dar cabida a los conflictos interpersonales, por lo menos cuando se trata de comprenderlos de manera amplia. El redescubrimiento de referencias globales y principios de regulación en el marco de una psicología bipersonal, tales como seguridad, sentido de sí mismo, constancia de objeto, etc., deja indirectamente claro lo

que se había perdido como resultado de disociaciones y atomizaciones. No se trata de que el placer narcisista se haya desde siempre olvidado en el psicoanálisis, sino que lo que Kohut hizo fue elevar el placer en la autorrealización a la categoría de principio, y con eso, no sólo se redescubrió algo antiguo, sino que se dio al narcisismo una nueva significación. Por el otro lado, es fácil que la diversidad de las interdependencias del sentido de sí mismo sean pasadas por alto cuando éstas son elevadas a la categoría del más alto principio de regulación. En ese caso, la resistencia del paciente se entiende, dentro de toda lógica, como una medida protectora frente a los agravios y, finalmente, frente al peligro de autodesintegración. Kohut no sólo abandonó el modelo de descarga pulsional, sino que también restó importancia a la dependencia de la confianza en sí mismo de la satisfacción psicosexual. Sin embargo, los efectos de esta nueva unilateralidad son, en muchos casos, favorables. Esto no es sorprendente si consideramos que la técnica de tratamiento de la psicología del self proporciona mucha confirmación y reconocimiento. Además, la tematización que el analista hace de los agravios que resultan por falta de empatía, como el reconocimiento de que él los causó, producen una atmósfera terapéutica favorable y promueven la autoafirmación, reduciendo así de paso muchas ansiedades. Hasta aquí todo va bien.

El problema consiste en el hecho de que la resistencia del paciente se entiende ahora como una medida protectora frente a los agravios y en último término en contra del peligro de desintegración del self, como si tal desintegración no requiriera de mayor explicación. La desintegración del self se ontologiza, en vez de investigar psicoanalíticamente hasta qué punto, por ejemplo, las agresiones inconscientes empiezan a surtir efecto en la angustia por la desintegración de la estructura (sea en la forma de fin del mundo o de la persona propia). El sociólogo Carveth (1984a, p.79) ha destacado las consecuencias de la ontologización de las fantasías: "pareciera que el psicoanálisis (al igual que el análisis social) está perpetuamente en peligro de mezclar la fenomenología (o la psicología) con la ontología, la descripción de lo que la gente cree es la cosa con las afirmaciones de lo que la cosa en efecto es".

Después de describir, como ejemplo de tal confusión, la manera como Freud entiende la falta de pene en la mujer, Carveth continúa:

De manera similar, Kohut observa que muchos analizandos que sufren de problemas narcisistas, se piensan a sí mismos como "propensos", bajo ciertas circunstancias, a la fragmentación, desintegración o al debilitamiento. Una cosa es describir tales fantasías de fragmentación y otra totalmente distinta es desarrollar una psicología del sí mismo, en la cual "el self", de hecho, es pensado como una "cosa" conglomerada o fragmentada (Carveth 1984a, p.79).



En su crítica, Carveth se apoya en Slap y Levine (1978) y en Schafer (1981), quienes representan puntos de vista similares.

Kohut subraya especialmente la función reguladora de la relación de las transferencias de "objeto-sí mismo" y, sobre todo, aquello que el paciente busca en el analista, sea en la transferencia de "objeto-sí mismo" idealizada, sea en la transferencia gemelar o en la transferencia especular. Según Kohut, estas señales emitidas por el paciente están al servicio de la reparación de las faltas de empatía. La compensación de los defectos es buscada inconscientemente por el paciente, y la resistencia tiene una función protectora, esto es, preservar de nuevos agravios. Las transferencias grandiosas o idealizadas son tomadas por el analista como indicios de daños tempranos. Sin embargo, éstos no constituyeron en primer lugar frustraciones en las satisfacciones pulsionales, sino en faltas de reconocimiento de las cuales depende el sentimiento de sí infantil.

A pesar de nuestra crítica a Kohut, damos un gran valor a sus innovaciones técnicas. Solamente que, a primera vista, llama la atención que en algunos casos la angustia por la desintegración estructural pueda mejorar, aun cuando las agresiones inconscientes en la relación transferencial, anteriormente citadas, no hayan sido reelaboradas. Esto se asocia probablemente con que en la técnica de Kohut, a través de la promoción de la autoafirmación de sí mismo, por un lado se actualizan indirectamente también las partes agresivas de la personalidad y, por el otro, se disminuye la agresión debida a la frustración.

En nuestra opinión, permanece abierto el precisar hasta qué punto las interpretaciones de Kohut tienen una efectividad especial. La regulación del sentimiento de sí y el aporte terapéutico del analista tienen aquí una extraordinaria significación, y esto sin considerar la validez del contenido individual de la interpretación. Quisiéramos ilustrar el avance técnico que han traído las ideas de Kohut, mediante una interpretación de "psicología del self" de la resistencia narcisista, descrita por Abraham en 1919 y considerada en aquella época como insuperable.

Abraham (1953 [1919], p.306) describió una forma de resistencia en pacientes narcisistas, esto es, fácilmente ofendibles y con sentimiento de sí lábil, que se identifican con el médico y se comportan como "superanalistas" en vez de acercarse personalmente al analista en la transferencia. El paciente de Abraham se veía a sí mismo, por así decirlo, con los ojos de su analista y se daba él mismo las interpretaciones que consideraba adecuadas. El autor no considera la posibilidad de que tales identificaciones puedan ser intentos indirectos de acercamiento. Esto es tanto más sorprendente si consideramos que a Abraham le agradecemos la descripción de la incorporación oral y de la identificación asociada a ella. Aparentemente, Abraham no era aún capaz de aplicar fructíferamente el conocimiento de que las identificaciones primarias pueden ser las formas más tempranas de ligazón emocional con un objeto (Freud 1921c, p.100s; Freud 1923b, p.31). Más tarde, Strachey (1934)

describió la relación con el analista como una relación de objeto. Recientemente, Kohut nos ha hecho comprender mejor las identificaciones primarias en las diferentes formas de transferencias de "objeto-sí mismo" y el manejo técnico de ellas. Con todo, es verdad que Kohut pareciera olvidar que las identificaciones tienen, además, una función defensiva y que pueden, de ese modo, estar al servicio de la resistencia en contra de la autonomía.

---

Si se lee con cuidado el libro póstumo de Rosenfeld (1987), queda, a mi entender, bastante claro que el concepto de identificación proyectiva al servicio de la comunicación es en realidad un concepto diádico. En el capítulo dedicado a los factores terapéuticos y antiterapéuticos en el funcionamiento del analista (cap. 2), Rosenfeld destaca que algunos pacientes buscan de manera constante y reiterada la comunicación con el analista y que si éste no es capaz de decodificar los mensajes, paciente y relación devendrán cada vez más confusos. Es entonces evidente que no basta que el paciente intente comunicarse (verbal o no verbalmente); es necesario también que el analista sea capaz de entender y de responder adecuadamente a esos intentos. Si por el contrario, el analista no es capaz de entender los mensajes, las proyecciones del paciente tenderán más bien a confundirlo, es decir, tendrán un efecto perturbador sobre su capacidad de pensar y, consecuentemente, el analista tenderá a interpretarlas como intentos agresivos de control omnipotente (nota de J. P. Jiménez).

## 5 La interpretación de los sueños

### 5.1 El soñar y el dormir

La interpretación de los sueños es, desde que Freud publicara el libro del mismo nombre, la parte más popular de la teoría y técnica psicoanalíticas. Las interpretaciones que el analista hace de los sueños son tan dependientes de su concepción de la función del soñar como de su teoría de la génesis del sueño y de la modificación del mismo en el momento del relato del contenido manifiesto del sueño. Qué sueños recuerda un paciente, la manera como los relata, así como el momento en que lo hace, en una sesión determinada y en el marco del análisis como un todo, son todos factores que contribuyen a la interpretación. No en último término, tanto el interés en los sueños, como la manera (a veces más, a veces menos productiva) en la que ellos son tratados por el analista durante el tratamiento, son puntos críticos para la interpretación de los sueños misma y para la conducción del tratamiento en general.

La investigación onírica empírica actual se desenvuelve en torno a dos preguntas centrales: la primera atañe a la función de los sueños en la economía psíquica, la segunda se dirige a los procesos cognitivos y afectivos en la génesis del sueño (Strauch 1981). Desde el descubrimiento del sueño REM, la investigación onírica tuvo por objetivo establecer las relaciones entre el sueño y los procesos fisiológicos (C. Fisher 1965). Más recientemente, sin embargo, se puede registrar un desencanto por esta investigación correlativa. Por ejemplo, Strauch (1981) reclama la vuelta a un planteamiento genuinamente psicológico. La meta sería devolver al sueño su significación como fenómeno psíquico. Freud recorrió un camino similar para llegar a su Interpretación de los sueños. Esta ruta ha sido trazada por Schott (1981) en un estudio comparativo sobre el desarrollo de las teorías de Freud. Aun cuando nosotros no nos encontramos en el mismo punto de partida -entretanto han sido refutados importantes postulados de la teoría de los sueños de Freud (aunque no de la interpretación de los mismos)- queda claro que las condiciones fisiológicas y los significados psicológicos pertenecen a dimensiones completamente diferentes.

"Aun en el futuro, difícilmente puede esperarse que los métodos establecidos de interpretación de los sueños, es decir, como son practicados por las distintas escuelas de psicoterapia, vayan a ser influenciados por los resultados de la investigación onírica. El soñar tiene en el proceso terapéutico un valor en sí mismo, aun cuando las teorías del soñar subyacentes deban ser modificadas" (Strauch 1981, p.43).

La investigación de los últimos 30 años sobre el dormir y el soñar ha modificado ya bastante nuestra concepción del soñar. El futuro mostrará si acaso

también influirá la práctica de la interpretación de los sueños, y de qué manera.

## 5.2 El pensamiento onírico

Uno de los problemas teóricos más difíciles de resolver en relación al sueño y al soñar reside en encontrar un entendimiento adecuado de la relación entre imagen y pensamiento. El mismo Freud se aplica a este problema en una nota al pie, agregada en 1925 a la Interpretación de los sueños:

Al comienzo me resultó extraordinariamente difícil acostumbrar a los lectores al distingo entre contenido manifiesto del sueño y pensamientos oníricos latentes. Una y otra vez se tomaban argumentos y objeciones del sueño no interpretado, tal como el recuerdo lo conservó, descuidándose el requisito de la interpretación. Ahora que al menos los analistas se han avenido a sustituir el sueño manifiesto por su sentido hallado mediante interpretación, muchos de ellos incurrir en otra confusión, a la que se aferran de manera igualmente obstinada. Buscan la esencia del sueño en este contenido latente y descuidan así el distingo entre pensamientos oníricos latentes y trabajo del sueño. En el fondo, el sueño no es más que una forma particular de nuestro pensamiento, posibilitada por las condiciones del estado del dormir. Es el trabajo del sueño el que produce esa forma, y sólo él es la esencia del sueño, la explicación de su especificidad. Lo digo a modo de enjuiciamiento de la tristemente célebre "tendencia prospectiva" del sueño. El hecho de que el sueño se ocupe de intentos de solucionar tareas que se presentan a nuestra vida psíquica no es más sorprendente que el hecho de que lo haga nuestra vida consciente de vigilia; lo único que agrega es que ese trabajo puede realizarse también en el preconscious, cosa que ya sabemos (Freud 1900a, p.502; cursiva en el original).

De acuerdo con Freud (1933a, p.18), las características fenomenales del sueño son manifestaciones de modos de operación filogenéticamente más antiguos del aparato psíquico, que pueden hacerse evidentes en la regresión del estado del dormir. Consecuentemente, el lenguaje onírico se expresa a través de rasgos arcaicos, los que Freud describió en la conferencia decimotercera (1916-17). El lenguaje onírico, anterior al desarrollo de nuestro lenguaje de pensamiento, es un lenguaje plástico, rico en relaciones simbólicas. Conforme a ello, el uso humano de los símbolos trasciende los límites de las respectivas comunidades lingüísticas (1923a, p.238). Condensación, desplazamiento y figuración plástica son los procesos que determinan la forma. En contraste con el estado de vigilia, en el cual el pensar procede según gradaciones y diferenciaciones y se orienta de acuerdo con distinciones espaciales y temporales lógicas, en el sueño hay regresión y los límites se hacen borrosos. Este borramiento de límites

puede ser percibido al quedarse dormido. Freud calificó al deseo de dormir como el motivo para la inducción de esta regresión.

Los elementos formales del lenguaje onírico serán calificados como "trabajo del sueño", que Freud resume como sigue: "Con las operaciones que hemos enu-merado se agota su actividad; no puede hacer más que condensar, desplazar, figurar plásticamente y someter después el todo a la elaboración secundaria" (Freud 1916-17, p.166). Así, el soñante se representa el mundo, incluido sí mismo, de manera diferente que en su pensamiento de vigilia y en su vida cotidiana. Por esta razón, no basta sólo con describir las características formales del lenguaje onírico: el problema reside en su traducción. Los pensamientos se transforman en imágenes y las imágenes se describen en palabras (Spence 1982a). La dirección en la cual esta traducción es llevada a cabo, es decir, desde el lenguaje discursivo al lenguaje onírico o viceversa, no es de ningún modo indiferente. Muy por el contrario, si se toma en cuenta este punto de vista, llega a ser posible entender algunas de las contradicciones que afectan la relación entre imágenes y pensamientos oníricos latentes y también su cristalización en las reglas relevantes para la interpretación psicoanalítica de los sueños. Las percepciones internas que son posibles bajo las condiciones del dormir deben ser interpretadas probablemente como metáforas visuales, lo que, por lo demás (y de manera muy decisiva), está determinado por los procesos neurológicos de distribución de los estímulos en el cerebro. Estas reglas de traducción conciernen a las relaciones entre los elementos oníricos y los elementos de significado latente que ellos representan y que Freud, con extraña vaguedad, calificó como "lo genuino de ellos" (1916-17, p.137). En las Conferencias de introducción, distingue inicialmente "tres de tales relaciones: la de la parte con el todo, la de la alusión y la de la ilustración en imágenes". La cuarta es la relación simbólica (1916-17, p.137). De acuerdo con Freud, la relación entre símbolo y elemento onírico es constante, lo que facilita la traducción:

En la medida en que los símbolos son traducciones fijas, realizan en cierto grado el ideal tanto antiguo cuanto popular de la interpretación del sueño, del cual nos habíamos alejado mucho por nuestra técnica. En ciertas circunstancias nos per-miten interpretar un sueño sin indagar al soñante, quien, por lo demás, nada sabe decir sobre el símbolo. Si uno conoce los símbolos oníricos usuales y, además, la persona del soñante, las circunstancias en que vive y las impresiones tras las cuales sobrevino el sueño, a menudo está habilitado para interpretar sin más un sueño, para traducirlo, digamos, de primera intención (1916-17, p.138).

Esta afirmación se basa en el supuesto de que el soñante, él mismo erigido en símbolo, es incapaz de entregar ocurrencias que den sentido al símbolo, porque su regresión en la situación terapéutica es insuficiente para permitirle un acceso directo al lenguaje figurado.

Debemos ahora dilucidar la naturaleza de la relación entre el elemento manifiesto y el latente del sueño o, en palabras de Freud, de la relación entre los elementos oníricos y "lo genuino de ellos". Ya desde el comienzo salen al paso grandes dificultades en la comprensión de esta relación, según Freud mismo lo planteó: el elemento onírico manifiesto no es tanto una desfiguración del latente "cuanto una figuración de él, su expresión en imágenes plásticas, concretas, que toman como punto de partida la literalidad de ciertas palabras. Pero precisamente por eso es de nuevo una desfiguración, pues en la palabra hemos olvidado hace mucho la imagen concreta de que surgió, y ya no la reconocemos en su sustitución por la imagen" (1916-17 p.110). Nuestra atención se dirige en este punto al problema básico de la relación entre palabra e imagen. El lenguaje onírico se expresa predominantemente en imágenes visuales, y la tarea de la traducción terapéutica consiste en transformar las imágenes en palabras y pensamientos. Aun cuando los pensamientos deben ser considerados como secundarios en relación con la figuración original, en la terapia son de una importancia primaria porque los pensamientos expresados en palabras hacen posible el diálogo terapéutico. Confiamos haber aclarado por qué el concepto de "pensamiento onírico latente" sufrió un profundo cambio de significado en los escritos de Freud; inicialmente idéntico con el resto diurno, llegó a ser finalmente "lo genuino" del sueño, transformado por el trabajo del sueño en el sueño manifiesto y ahora, por así decir, "retraducido" por el trabajo interpretativo: el trabajo del sueño es anulado por el trabajo interpretativo. En contradicción con la primacía del lenguaje figurado, el "pensamiento onírico latente" de algún modo toma ahora el primer lugar en el nivel más profundo, donde, a su vez, se funde con el deseo que requiere traducción. De este modo, el punto de partida se diferencia en que en la teoría de la génesis del sueño el lenguaje figurado ocupa un lugar primario, mientras que en la técnica de la interpretación de los sueños todo nace de los pensamientos, siendo éstos los que asumen la primacía.

Ahora bien, podemos ilustrar esta argumentación describiendo la transformación en el significado sufrido por el "pensamiento onírico latente". Freud partió del concepto de trabajo interpretativo, y fue natural que al principio conectara el motivo del sueño con los restos diurnos, llegando a igualarlos a los pensamientos oníricos latentes (1916-17, p.182). En la teoría del trabajo del sueño, es decir, en la teoría de la génesis del sueño, los pensamientos oníricos latentes son transportados, bajo la influencia de la censura onírica, a un modo de expresión diferente que "se remonta a estados de nuestro desarrollo intelectual superados hace mucho por nosotros, al lenguaje figurado, a la referencia simbólica, quizás a condiciones que han existido antes de que se desarrollase nuestro lenguaje discursivo. Por eso llamamos arcaico o regresivo al modo de expresión del trabajo onírico" (1916-17, p.182). Actualmente diríamos más bien que la elaboración en el sueño es llevada a cabo mediante medios arcaicos. Con el cambio definitivo en el significado, "todo cuanto averiguamos a raíz de la interpretación del sueño"

será designado con el título de pensamientos oníricos latentes (1916-17, p.207). El amplio predominio del trabajo interpretativo sobre la teoría de la génesis del sueño se muestra clara-mente en la igualdad que se establece entre la censura onírica y la resistencia en contra de la revelación de los pensamientos oníricos latentes, que a su vez repre-sentan, sobre todo, deseos reprimidos a diferentes profundidades. El que bajo los pensamientos oníricos latentes se encuentren, en primer lugar, deseos, guarda rela-ción, por un lado, con el significado universal para el hombre del mundo del deseo y, por el otro, con la especial atención que el psicoanálisis, desde sus inicios, puso a los aspectos desiderativos del sueño. El punto de vista freudiano general, es decir, que los sueños en esencia no son nada más que una forma especial de nuestro pensar (1900a, p.502), fue descuidado hasta que Erikson publicó "El sueño paradigmático del psicoanálisis" (The Dream Specimen of Psychoanalysis [1954]).

Estudios sistemáticos han hecho actualmente posible averiguar si acaso el pensar onírico es complementario al pensar de vigilia, o si acaso ambos se confunden sin solución de continuidad. Algunos hallazgos indican que no hay correspon-dencia entre el ensoñamiento diurno y el soñar nocturno, pudiendo ser mostrado que la distorsión y la expresión de afectos aumenta progresivamente desde los ensueños diurnos, mediante fantasías, hasta los sueños nocturnos. También se ha señalado que es posible identificar diferencias para ambos sexos en necesidades específicas (Strauch 1981, p.27). En general, se piensa actualmente que la configuración del contenido onírico refleja los principales rasgos de la personalidad del soñante (Cohen 1976, p.334).

Esta perspectiva ha ganado en plausibilidad con las bien fundamentadas investi-gaciones psicológico-evolutivas de Foulkes (1977, 1979, 1982), que han mostrado un desarrollo cognitivo y emocional paralelo entre estados de vigilia y relatos de sueños. Giora (1981) subraya además el peligro de tomar en cuenta sólo el material clínico y descuidar, en la discusión sobre la teoría onírica, la existencia de otros tipos de sueños, como por ejemplo, los sueños lógicos y de solución de problemas. Ahora sabemos que los sueños que suceden en la etapa REM tienden a ser más irracionales que los de la etapa no-REM, lo que sugiere que los mecanis-mos del proceso primario se relacionan con condiciones fisiológicas determinadas. Ideas semejantes encontramos ya en Ferenczi (1964 [1912]) quien informó sobre "sueños dirigibles". Estos sueños son formados por el soñante de manera delibe-rada, quien rechaza versiones insatisfactorias. En resumen, se puede afirmar que actualmente muchos autores buscan subordinar el pensamiento onírico a los principios de la función psíquica, rechazando las teorías que entregan al pensar oní-rico un status especial.

En base a estudios electroencefalográficos, experimentos farmacológicos y con-sideraciones teóricas, Koukkou y Lehmann (1980, 1983) formularon un "modelo de estados alternantes", cuya idea central es que el cerebro alterna entre distintos estados funcionales, cada uno de los cuales tiene acceso a su

propio banco de memoria selectivo. De acuerdo con este modelo, las características formales de los sueños (es decir, el producto del proceso primario y del trabajo del sueño) resultan de:

1. Evocación durante el sueño de material de memoria (sucesos actuales, estrategias discursivas, símbolos y fantasías) que fue almacenado a lo largo del desarrollo y que en el estado de vigilia adulto no puede ser completamente "leído", o que fue de tal modo adaptado al aquí y ahora por las estrategias discursivas de la vigilia que ya no es reconocible. Además de esto, evocación de material de memoria reciente que es reinterpretado durante el dormir de acuerdo con las estrategias discursivas de los estados funcionales.

2. Fluctuaciones del estado funcional durante las distintas etapas del dormir (definidas aquí de manera mucho más fina y como mucho más cortas que las 4 etapas electroencefalográficas clásicas del dormir), que ocurren espontáneamente o como una respuesta a nuevos estímulos o a estímulos señales durante el sueño. Esto resulta en transformaciones de contenido entre los distintos almacenes de memoria (estados funcionales), lo que conduce a

3. La formación de nuevas asociaciones, que, al no haber un cambio del estado funcional hacia la vigilia, no pueden ser adaptadas a la realidad actual, por lo cual el soñante emplea las estrategias discursivas del estado funcional (es decir, del nivel evolutivo) correspondiente (Koukkou y Lehmann 1980, p.340).

Estos hallazgos neurofisiológicos no se refieren, naturalmente, al inconsciente en cuanto procesos psíquicos. A estos últimos se dirige el método psicoanalítico, que se sujeta a la "antorcha" de la conciencia, sin la cual "nos perderíamos en la oscuridad de la psicología de lo profundo" (Freud 1933a, p.65). Es consecuente que Freud haya calificado su más grande descubrimiento (descubrimiento que de ninguna manera le cayó del cielo después del sueño sobre la inyección de Irma, la noche del 23 al 24 de julio de 1895), es decir, la interpretación de los sueños, sólo como la vía regia al inconsciente. Pues el camino real simplemente conduce hacia el inconsciente. En el "sueño paradigmático" (Traummuster, título bajo el cual Freud analizó el sueño de Irma; véase Freud 1900a, pp.118ss; nota de J.P. Jiménez) del psicoanálisis, Freud ejemplifica procesos funcionales psíquicos inconscientes. El que el inconsciente esté estructurado como lenguaje y que los sueños puedan ser entendidos como una forma especial del pensar, para aludir a respectivas descripciones de Lacan y de Freud, significa, al fin y al cabo, que nuestro hablar y nuestro pensar sobre algo, aquí sobre el objeto de la vivencia psíquica inconsciente, debe darle a éste una estructura. Qué estructura tenga el sueño es una pregunta metodológica y no ontológica. Para citar a Freud: "el sueño no es lo 'inconsciente'; es la forma..." (1920a, p.158; la cursiva es nuestra). Como lo ha señalado Erikson (1954), el camino real ha conducido a interpretaciones sobre el trabajo del sueño, interpretaciones que pueden ser cambiadas a través de nuevos conocimientos.



La relación entre el pensamiento "normal" de vigilia y el pensar onírico, según se refleja en los relatos de sueños, ha sido estudiada, desde el punto de vista lógi-co-psicoanalítico, por Matte Blanco (1975, 1984a). Lo que habitualmente llama-mos pensamiento "normal" es un tipo de raciocinio que se rige por la llamada lógica aristotélica, que respeta los principios de identidad y de no contradicción, ló-gica que Matte llama bivalente. La presencia de otro tipo de "pensar", en mayor o menor grado influenciado por el inconsciente, se caracteriza por distintos grados de transgresión a esta lógica bivalente, donde el principio de no contradicción (o prin-cipio de incompatibilidad) es reemplazado, en diversos grados, por el principio de simetría. Según el principio de incompatibilidad, si un objeto x está en una rela-ción R con otro objeto y, la relación en sentido contrario no es correcta; el princi-pio de simetría, en cambio, acepta la inversión de la relación sin mayores proble-mas. O sea, si Mario es el padre de Francisco, Francisco es también el padre de Mario.

Así, el pensamiento inconsciente, en términos de lógica bivalente estricta un "no pensamiento", se caracteriza por distintos grados de simetrización o de trans-gresión del principio lógico de incompatibilidad. La lógica bivalente conduce a un modo de ser en el mundo que Matte llama el modo de ser divisible, es decir, un modo de concebir el mundo de manera discreta y diferenciable, en unidades de tiempo y espacio. La lógica simétrica expresa, aunque parcialmente, un modo de ser opuesto y extremo, el modo de ser indivisible, donde cualquier objeto puede, en último término, ser cualquier otro distinto, sin consideraciones de tiempo o es-pacio. Ahora bien, los distintos tipos de productos psíquicos en los que decimos se expresa el inconsciente (por ejemplo, el pensamiento esquizofrénico o los sue-ños) se pueden describir como distintos tipos de combinación de ambas lógicas, es decir, de lógica bivalente y de lógica simétrica, donde la última corresponde, a su vez, a una proposición bivalente simultáneamente con su transgresión (lo que equivale a decir que la lógica simétrica se define desde la lógica "normal", desde la bivalente; si no, no podríamos siquiera concebirla). De este modo, el sueño, ex-presión del pensar onírico, es una estructura bilógica particular, y Matte la distin-gue de otras. Matte la caracteriza como una estructura bilógica escondida, disfrazada de lógica bivalente, a diferencia, por ejemplo, del pensar esquizofrénico, donde el modo indivisible está perfectamente a la vista. En los sueños, el modo indivisi-ble no aparece directamente, pues ha sufrido ya una transformación en el contenido manifiesto. Esta transformación es la que se produce al intentar representar un es-pacio multidimensional, que sería el espacio onírico primario (latente), a través de un espacio tridimensional, el único espacio perceptible para el hombre. Resumien-do, el sueño, como producto manifiesto, y desde el punto de vista de un análisis lógico, es una estructura bilógica encubierta por medio de la representación tridi-mensional. De este modo, el "pensar onírico latente" se desarrolla en un hiperespa-cio de más de tres dimensiones y no es directamente accesible a nuestro modo de

percepción; sólo es deducible a través de su expresión en términos de imágenes oníricas, resultado de la transmutación de la información al espacio perceptivo de tres dimensiones. Es esta transmutación la que "esconde" la simetrización del espacio multidimensional.

Las ideas de Matte Blanco se acercan, en este punto, a la teoría de los dos códigos de W. Bucci (1987), que resumiremos más adelante.

### 5.3 Restos diurnos y deseos infantiles

Es difícil encontrar en los escritos de Freud un paso más audaz que aquel del intento de unir el cumplimiento de deseos con el postulado de que éste debe ser un deseo infantil: "[...] la intelección de que en verdad todos los sueños...son sueños de niños, trabajan con el material infantil, con mociones anímicas y mecanismos infantiles" (1916-17, p.195; la cursiva es nuestra). En La interpretación de los sueños, Freud ofrece, en contraste con el deseo infantil, una gran cantidad de evidencias para la efectividad operacional de deseos que se originan en el presente y por motivos que Kanzer (1955) calificó como la "función comunicativa" de los sueños.

Más allá de esto, debemos recordar la distinción de Freud entre la fuente del sueño y el motor del sueño, pues la selección del material "de cualquier época de la vida" (Freud 1900a, p.186) y la introducción de este material como motivo causal del sueño son dos cosas totalmente separadas.

Creemos que Freud mantuvo el concepto de la primacía del deseo infantil por razones heurísticas y técnicas. No queremos adentrarnos en la pregunta de cuán frecuentemente Freud logró, de manera convincente, retrotraer el origen de un sueño desde los restos diurnos desencadenantes hasta los deseos infantiles, y mostrar éstos como las causas más profundas y esenciales. Freud ilustró la relación entre restos diurnos y deseo infantil inconsciente a través de una comparación: toda empresa comercial necesita de un capitalista que sufrague los gastos y de un empresario que tenga la idea y que sepa llevarla a cabo. El capitalista es el deseo inconsciente que presta la energía psíquica para la formación del sueño; el empresario es el resto diurno. El capitalista podría, sin embargo, tener también él mismo la idea o el empresario poseer el capital. De este modo, la metáfora queda abierta: ésta simplifica la situación en la práctica, pero dificulta su comprensión teórica (Freud 1916-17, p.207).

Más tarde, Freud (1933a) transformó esta metáfora en la teoría de la génesis del sueño desde arriba (desde el resto diurno) y desde abajo (desde el deseo inconsciente).

El hecho de que en la metáfora original se equipare al capitalista con la "energía psíquica" que entrega, refleja el supuesto de Freud concerniente a la economía energética, en la cual la energía psíquica es vista como la fuerza básica detrás del estímulo, la fuerza que crea el deseo y presiona por su

cumplimiento, aun cuando sólo sea a través de un tipo de abreacción en la forma de satisfacción alucinatoria.(1)

La consecuencia de esta asunción teórica debe verse, según nuestra opinión, en que la revelación del deseo infantil por la interpretación tiene que, hablando estrictamente, envolver el redescubrimiento y la reproducción de la situación original en la cual un deseo, una necesidad o un estímulo pulsional, se originó pero no fue satisfecho, y, por esa razón, no pudo alcanzarse una genuina abreacción en el objeto.

A causa de este trasfondo hipotético, Freud manifestó la expectativa (también a los pacientes, como lo sabemos por el hombre de los lobos) de que, después de la cancelación del recuerdo encubridor volvería a aparecer la situación originaria de deseo y denegación (la escena primordial). De acuerdo con el hombre de los lobos, las expectativas de Freud no se cumplieron, es decir, la cancelación del recuerdo encubridor no llegó, y con ello la memoria de la escena primordial no se produjo. La vida posterior del hombre de los lobos está bien documentada (Gardiner 1971), y se puede concluir que sus recaídas (en realidad su enfermedad se hizo crónica) se debieron menos a una iluminación inadecuada de situaciones infantiles de tentaciones incestuosas y denegación, que a una idealización de Freud y del psicoanálisis, como defensa en contra de transferencias negativas recientes.

En la suposición de que los deseos infantiles son el motor del sueño se encuentra implícita una teoría del almacenamiento de las huellas mnémicas, es decir, una teoría de la memoria. Esta fue concebida por Freud en el capítulo 7 de la Interpretación de los sueños (1900a) y tuvo consecuencias considerables en la estructuración del tratamiento psicoanalítico, puesto que lo orientó hacia el recordar y hacia la descarga de las excitaciones. Aunque sólo raramente es posible reconstruir con fiabilidad el deseo infantil y sus circunstancias o revivirlo afectiva o cognitivamente con alguna seguridad, la iluminación de las amnesias infantiles sigue siendo válida como meta ideal, en especial para los psicoanálisis más profundos. Esto es particularmente cierto para aquellas amnesias correspondientes a la edad en que, por razones psicobiológicas, probablemente sólo se pueden dar recuerdos sensoriomotores. La plausibilidad de tales reconstrucciones es, sin embargo, una cosa distinta de su efectividad terapéutica, como Freud lo señaló con suficiente claridad cuando dijo:

El camino que parte de la construcción del analista debiera culminar en el recuerdo del analizado; ahora bien, no siempre lleva tan lejos. Con harta frecuencia, no consigue llevar al paciente hasta el recuerdo de lo reprimido. En lugar de ello, si el análisis ha sido ejecutado de manera correcta, uno alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción, que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado (1937d, p.267).

---

De manera ocasional, es posible elevar la plausibilidad de las reconstrucciones a través de interrogatorios posteriores a la madre, capaces de entregar una confirmación final para acontecimientos que habían sido supuestos desde el principio y que fueron aparentemente confirmados durante el análisis (véase, por ejemplo, Segal 1982). Qué valor tengan tales datos, en conexión con la verdad subjetiva de la vida de fantasía y de su cambio bajo la influencia de la terapia, es un problema que no podemos abordar aquí (véase Spence 1982a). Como hemos visto, la demostración de la existencia del deseo onírico infantil inconsciente tiene muchos aspectos, de los cuales podemos tratar de pasada sólo su relevancia clínica. Resumiendo, podemos decir que la teoría del cumplimiento de deseos presenta vacíos en lo concerniente a la demostración del elemento desiderativo infantil inconsciente, y que esto lleva a otros problemas, como, por ejemplo, cómo hacer compatibles los sueños angustiosos estereotípicos con la teoría.

El resto diurno funciona como un efectivo puente entre el pensar de la vigilia y el pensar onírico. La identificación del resto diurno, a partir de las asociaciones del paciente, usualmente conduce a un primer entendimiento, inmediato, del sueño. Esta función puente se puede ver de manera particularmente clara en investigaciones oníricas empíricas, cuando los sujetos de experimentación son despertados e interrogados acerca de sus sueños. Greenberg y Pearlman (1975, p.447) observaron este proceso desde la perspectiva de la situación psicoanalítica, destacando la "in-corporación, relativamente no distorsionada", de acontecimientos cargados afectivamente en el sueño manifiesto.

Sin embargo, los comentarios complementarios de Schur (1966) al sueño de Irma subrayan que una concepción restringida del "resto diurno" obscurece toda posible conexión con acontecimientos anteriormente sucedidos. Las asociaciones de Freud al sueño de Irma lo conducen rápidamente hasta la crítica encubierta hecha por su amigo Otto, quien la tarde anterior le había informado sobre la condición no totalmente satisfactoria de Irma. Freud no menciona en la Interpretación de los sueños la situación extremadamente crítica en que se encontraba la paciente Emma algunos meses después de haber sido operada por su amigo Fliess. Para Freud, el resto diurno se coloca en la intersección de dos líneas asociativas, una de las cuales conduce al deseo infantil, la otra al deseo actual: "Es que no se encuentra ningún elemento del contenido del sueño desde el cual los hilos de la asociación no se separen en dos o más direcciones" (1901a, p.632). Si nos liberamos de la dico-tomía entre las fuentes desiderativas actuales y las infantiles, y adoptamos en cambio el concepto de red asociativa, en la cual pasado y presente se entrelazan en muchas estratificaciones temporales (Palombo 1973), se accede a la tesis de que la función principal del sueño es el desarrollo, el mantenimiento (regulación) y, si es necesario, la restauración de los procesos psíquicos, de su estructura y de su organización (Fosshage 1983, p.657).

Conocemos bastante poco acerca de si acaso la regulación de estos procesos de asimilación y adaptación en el "medio interno" psíquico debe recurrir siempre, sin excepción, a deseos infantiles reprimidos, o si acaso esto es necesario sólo en casos seleccionados, cuando, por ejemplo, un conflicto reciente empieza a resonar con una situación de conflicto infantil no resuelta. La tesis neurofisiológica de Koukkou y Lehmann (1980, 1983) es a este respecto altamente interesante, a pesar de su carácter especulativo. Ellos plantean que la variación en los patrones electroencefalográficos durante el sueño REM apoya firmemente la hipótesis de que el acceso a los recuerdos tempranos se abre varias veces durante la noche, momentos en que los procesos de intercambio entre presente y pasado son por entero concebibles.

La idea de Freud de que el deseo infantil es el motor de la formación onírica no ha sido confirmada y, a la luz de los hallazgos de la investigación moderna, debe ser descartada por superflua. La hipótesis del "capitalista" fue formulada antes de que se supiera que el soñar es una actividad de base biológica controlada por un reloj interno y que no necesita ser fundamentada en términos de economía psíquica. Podemos preguntarnos cuántos de los sueños evocados y recordados en investigación onírica por medio de la técnica REM podrían efectivamente recordarse durante un psicoanálisis, y cuáles de estos cumplirían su función con el hecho de ser soñados y, precisamente, no recordados. Con todo, desde un punto de vista clínico, sigue siendo relevante qué sueños son recordados y cuándo éstos son relatados por el paciente. La función comunicativa del soñar (Kanzer 1955) sigue siendo una pregunta puramente psicológico-psicoanalítica que tiene una relevancia distinta para cada una de las tres funciones del sueño que se consideran importantes: la solución de problemas, el procesamiento de información y la consolidación del yo. Según lo afirma atinadamente Dallet (1973), estas tres perspectivas no son mutuamente excluyentes y el apoyo empírico a ellas es muy diferente. Como vimos en la sección dedicada al pensamiento onírico (5.2), desde el punto de vista del desarrollo histórico de las hipótesis sobre la función del soñar, la suposición de que los sueños tienen predominantemente una función en el dominio de la realidad, ha perdido validez en comparación con la opinión de que éstos son importantes para el equilibrio intrapsíquico del soñante y para el mantenimiento de sus funciones psíquicas. En las secciones siguientes expondremos algunas contribuciones dignas de ser destacadas en el desarrollo de la teoría del sueño.

### **5.3.1 La teoría del cumplimiento de deseos como principio unitario de explicación**

Para Freud era evidentemente importante contar con un principio unitario de explicación y adherirse firmemente a él, a pesar de todas las dificultades teóricas y prácticas que especificaremos en lo que sigue. Freud trató de

solucionar estas di-ficultades equipando teóricamente al deseo, como motivo motriz de la génesis del sueño, mediante fuerzas que comprenden variados elementos de diferentes fuentes. Prefirió este movimiento hacia la estandarización sobre otros planteamientos ya tempranamente en 1905, aunque sin fundamentarlo de manera convincente:

En mi libro *La interpretación de los sueños* he puntualizado que todo sueño es un deseo al que se figura como cumplido; la figuración es encubridora cuando se trata de un deseo reprimido, que pertenece al inconsciente, y, exceptuando el caso de los sueños infantiles, sólo el deseo inconsciente o que alcanza hasta el inconsciente tiene la virtud de formar un sueño. Creo que habría conseguido más fácilmente la aprobación general si me hubiera contentado con aseverar que todo sueño posee un sentido que puede descubrirse mediante cierto trabajo de interpretación. Tras una interpretación completa, uno podría sustituir el sueño por pensamientos que se insertan dentro de la vida anímica de la vigilia en lugares fácilmente reconocibles. Y habría podido proseguir diciendo que ese sentido es tan variado como las ilaciones del pensamiento de la vigilia. Una vez se trataría de un deseo cumplido, otra de un temor realizado; en otras ocasiones, de una reflexión proseguida mientras se duerme, de un designio (como en el sueño de Dora), de un fragmento de producción mental, etc. Esta manera de exponer las cosas habría resultado indudablemente atractiva por su claridad, y podría apoyarse en un gran número de ejemplos bien interpretados, como el del sueño que aquí analizamos.

En lugar de ello, he formulado una tesis general que restringe el sentido de los sueños a una única forma de pensamiento: la figuración de deseos. He provocado así la universal inclinación a la contradicción. Pero debo decir que no me creí en el derecho ni en el deber de simplificar un proceso de la psicología para agrandar a los lectores, cuando mi indagación detectaba en él una complicación que sólo en otro lugar hallará su solución armónica. Por eso tiene particular interés para mí demostrar que las excepciones aparentes, como el presente sueño de Dora, que a primera vista se reveló como un designio diurno proseguido mientras ella dormía, no hacen sino comprobar una y otra vez la regla impugnada (Freud 1905e, pp.60s).

Para poder adherirse al principio unitario de explicación, Freud debió hacer grandes esfuerzos teóricos y conceptuales que a continuación resumimos brevemente. La génesis, la naturaleza y la función del sueño están basadas sobre el intento de eliminar los estímulos psíquicos mediante la satisfacción alucinatoria (1916-17, p.125). Un componente de esta teoría teleológica funcional es la tesis de que el sueño, o el compromiso onírico, es el guardián del dormir, quien, sirviendo al deseo, mantiene el estado de dormir (1933a, p.18).

A través de una ampliación de los conceptos de deseo y satisfacción fue posible incorporar incluso aquellos sueños que parecían contradecir la teoría del

cumplimiento de deseos. De este modo, la comprensión del sueño como un compromiso entre diferentes tendencias permitió adscribir la fuerza motivacional esencial para la formación del sueño manifiesto, a veces al deseo de dormir, otras veces al deseo de autocastigo. Esta ampliación fue necesaria a causa de los llamados sueños de autocastigo, que aparentemente contradecían la teoría del cumplimiento de deseos. Con ella, también éstos pudieron ser integrados a la teoría, pues la necesidad de autocastigo se entendió como un deseo localizado en el superyó.

Del mismo modo, se pudo incorporar a la teoría teleológica funcional el hecho de que algunas personas a veces despiertan durante sueños angustiosos. Esto se logró a través de la hipótesis complementaria de que en las pesadillas el guardián del dormir se convierte en despertador, es decir, interrumpe el dormir para evitar que el sueño llegue a ser aún más terrorífico. En torno a esta función de emergencia, pueden ahora también acomodarse, teóricamente, diversos intentos de aplacar la angustia, como, por ejemplo, la conocida mitigación de la intranquilidad de la persona que sueña mediante el simultáneo caer en la cuenta: "¡pero si es sólo un sueño...!".

En la base de esta interpretación de los sueños de angustia, se encuentra el supuesto de la protección antiestímulo (Reitzschutz), y, en un sentido más amplio, la hipótesis económico-energética de Freud, contenida ya, por cierto, en la calificación del sueño como un intento de eliminación de los estímulos psíquicos mediante la satisfacción alucinatoria.

No es tarea fácil eliminar las contradicciones e inconsistencias en la explicación del soñar basadas en la teoría del cumplimiento de deseos. El hecho de que, a pesar de todo, Freud siguiera siempre considerando al deseo como el motivo motriz del soñar, se conecta presumiblemente con la heurística psicoanalítica. En la sección 3.1 hemos subrayado que hay buenas razones para que la heurística psicoanalítica se oriente de acuerdo con el principio del placer, es decir, según la dinámica de los deseos inconscientes (véase además las secciones 8.2 y 10.2). Sin embargo, es importante distinguir entre el descubrimiento de los deseos inconscientes, que el método psicoanalítico puede revelar, y la explicación del soñar y del trabajo del sueño como la expresión de deseos (véase sección 10.2). Los deseos y los anhelos seguirán influenciando la vida humana, día y noche, aun después de la muerte de la metapsicología y de su principio fundamental (la economía de la pulsión), lo que significa que no pueden seguir siendo vistos como el fundamento de la teoría del cumplimiento de deseos.

### **5.3.2 El sueño como representación de sí mismo y como solución de problemas**

Queremos ocuparnos ahora de las razones que llevaron a poner mucho más énfasis en la teoría del deseo que en lo que el sueño significa para las funciones egoicas de identificación, significación que puede ser también reconocida en muchos sueños. Ya en el Proyecto de psicología (1950a) encontramos la memorable sentencia: "Meta y término de todos los procesos de pensar es, entonces, producir un estado de identidad" (Freud 1950a, p.378; cursiva en el original). En algún sentido, con esta idea y a través de su contexto, se pone por primera vez en la mira un problema que va mucho más allá del marco del lenguaje onírico y que más tarde fue discutido en relación con el "sentimiento oceánico", esto es, el sentimiento de compenetración del hombre con el cosmos, llamado así por Romain Rolland.

Supongamos ahora que el objeto que brinda la percepción sea parecido al sujeto, a saber, un prójimo. En este caso, el interés teórico se explica sin duda por el hecho de que un objeto como éste es simultáneamente el primer objeto-satis-facción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador. Sobre el prójimo, entonces, aprende el ser humano a discernir. Es que los complejos de percepción que parten de este prójimo serán en parte nuevos e incomparables -por ejemplo, sus rasgos en el ámbito visual-; en cambio, otras percepciones visuales -por ejemplo, los movimientos de sus manos- coincidirán dentro del sujeto con el recuerdo de las impresiones visuales propias, en un todo semejantes, de su cuerpo propio, con las que se encuentran en asociación con los recuerdos de movimientos por él mismo vivenciados. Otras percepciones del objeto, además -por ejemplo, si grita- despertarán el recuerdo del gritar propio y, con ello, de vivencias propias de dolor (Freud 1950a, pp.376s).

Recurrimos a este pasaje del Proyecto de psicología porque aquí la percepción visual y motora, de uno mismo y del otro, están unidas con la gratificación a través del objeto. En la teoría del sueño como cumplimiento de deseos, la satisfacción fue separada de los procesos cognitivos visuales. Este pasaje, que le da a Freud un lugar en la genealogía del interaccionismo simbólico, es para nosotros especialmente oportuno ya que quisiéramos destacar la gran importancia, por largo tiempo desestimada, que estos procesos tienen para la fundamentación empírica de una psicología del sí mismo. Piénsese en los hermosos versos de Cooley (1964 [1902], p.184; en inglés en el original): "Each to each a looking-glass reflects the others that doth pass" ("cada uno para el otro / un espejo que refleja / al que pasa frente a él"). En lo que sigue nos ocuparemos de las consecuencias de incorporar estos procesos a la teoría y práctica de la interpretación de los sueños. En esto queremos anticipar que, en la comparación con teorías alternativas, la teoría del cumplimiento de deseos se relativiza, sin perder por eso su significación heurística terapéutica. La teoría del cumplimiento de deseos tuvo que estar siendo constantemente equipada con hipótesis complementarias, a través de las cuales la significación del



deseo, en el sentido del deseo como derivado pulsional, fue perdiendo en importancia, y esto, sin considerar el problema de su capacidad para explicar la polimórfica fenomenología del sueño (Siebenthal 1953; Snyder 1970). En contraste con la teoría del cumplimiento de deseos, cuyas contradicciones in-ternas lo llevaron a incorporarle muchas ampliaciones y correcciones, Freud nunca revisó la afirmación de que "la experiencia nos dice, y no he hallado excepción alguna, que todo sueño versa sobre la persona que sueña" (Freud 1900a, p.328). La formulación de la Interpretación de los sueños, que quisiéramos citar extensamente, vuelve a aparecer, casi textualmente, en escritos posteriores:

Los sueños son absolutamente egoístas. Toda vez que en el contenido onírico no se presenta mi yo, sino sólo una persona extraña, tengo derecho a suponer tranquilamente que mi yo se ocultó tras esa persona, por identificación. Estoy autorizado a agregar mi yo. Otras veces mi yo aparece en el sueño, pero la situación en que se encuentra me enseña que tras él, por identificación, se esconde otra persona. El sueño me avisa entonces que en la interpretación debo transferir a mí algo referido a esa persona, y eso es lo común oculto. Hay sueños en que mi yo se presenta junto a otras personas, que, resuelta la identificación, se revelan también como mi yo. Debo entonces, por medio de esa identificación, unir con mi yo ciertas representaciones a cuya aceptación la censura se opuso. Por tanto, puedo figurar mi yo en un sueño varias veces, una vez directamente, y otras por medio de la identificación con personas extrañas. Y con varias de tales identificaciones puede condensarse un material de pensamientos enormemente rico. Que el yo propio aparezca en un sueño varias veces o se presente en diversas configuraciones no es, en el fondo, más asombroso que el hecho de que esté contenido varias veces en un pensamiento consciente, y en diferentes lugares o dentro de diversas relaciones, por ejemplo, en esta oración: "Si yo pienso en el niño sano que yo fui" (1900a, p.328; cursiva en el original).

En una nota Freud ofrece el siguiente consejo técnico: "Cuando estoy en duda acerca de cuál de las personas que aparecen en el sueño oculta mi yo, me atengo a la siguiente regla: Es la persona que en el sueño experimenta un afecto que yo, como durmiente, tengo" (1900a, p.328).

También en observaciones posteriores, en las que Freud afirma que la figura que juega el papel principal en la escena onírica es siempre la persona propia (1916-17, pp.130s y 1917d, p.222), es esto atribuido al narcisismo del dormir y a la pérdida total del interés por el mundo externo, en lo cual se iguala narcisismo con egoísmo. Incidentalmente, en este punto es posible establecer un vínculo con la teoría del cumplimiento de deseos, puesto que la autorrepresentación siempre incluye deseos. Así, en el soñante siempre moran deseos no cumplidos, sea por necesidades pulsionales no satisfechas, sea a causa de la fantasía creadora particular del hombre.

El narcisismo del dormir y la forma regresiva de pensar en los sueños pueden corresponder a una pérdida de interés en el mundo externo, si "interés" y "mundo externo" se entienden del modo que la separación entre sujeto y objeto pareciera prescribir. Creemos, sin embargo, que el interés se une al mundo externo en un sentido más profundo, eliminando la diferenciación entre sujeto y objeto, entre yo y tú, para llegar a la identidad por medio de la identificación. Si, sin perder esto de vista, volvemos a leer con especial atención el pasaje recién citado, se hace aún más claro que Freud está hablando de autorrepresentación a través de identificación, es decir, del establecimiento de afinidades. Con todo, el soñante es hasta tal punto egoísta, que puede dar rienda suelta ilimitada a sus pensamientos y deseos, sin ninguna consideración por los objetos animados o inanimados en referencia (lo que también vale para las ensoñaciones diurnas). Desde el punto de vista del desarrollo, el hecho de que la autorrepresentación en los sueños pueda hacer uso de otras personas, de animales y de objetos inanimados, puede ser atribuido a una indiferenciación primaria. Este es el origen del pensamiento y de los gestos y actos mágicos. Históricamente, el psicoanálisis ha asignado al cumplimiento de deseos a través del objeto y al papel de las relaciones de objeto en los sueños, una mayor significación terapéutica y teórica que a la tesis básica de Freud que hemos destacado, de que el soñante siempre sueña consigo mismo (a menudo representado a través de otras personas). Para explicar esta preferencia, creemos que en la historia misma del psicoanálisis pueden encontrarse otras razones, además de las ya citadas. La teoría del cumplimiento de deseos, en conjunto con la teoría pulsional que la fundamenta, sirvieron para distinguir el psicoanálisis de la teoría jungiana de los sueños. Jung introdujo primero el sí mismo (Selbst) como el elemento subjetivo, contrastando su comprensión "constructivista" con la visión reduccionista del psicoanálisis. Más tarde, amplió considerablemente su "método constructivista", lo que además cristalizó en un cambio terminológico:

Las interpretaciones que igualan las imágenes del sueño con objetos reales, las llamo interpretaciones en el nivel del objeto. Esta interpretación se opone a aquella en la que cada trozo del sueño y todos los actores se relacionan con el soñante mismo. Este proceder lo califico como interpretación en el nivel del sujeto. La interpretación en el nivel del objeto es analítica, pues descompone el contenido del sueño en complejo de reminiscencias que se refieren a situaciones externas. La interpretación en el nivel del sujeto es sintética, ya que ella libera los complejos de reminiscencias de las causas externas y los entiende como tendencias o componentes del sujeto, reincorporadas a él. (En toda experiencia experimento no meramente al objeto, sino, en primer lugar, a mí mismo, aunque, por supuesto, sólo en el momento en que me doy cuenta de mi vivencia.) En este caso, todos los contenidos del sueño son considerados como símbolos de contenidos subjetivos.

El procedimiento interpretativo sintético o constructivista se funda entonces en la interpretación en el nivel del sujeto (Jung 1964 [1912], p.83; cursiva en el original).

La aplicación del nivel del sujeto llega a ser para Jung el principio heurístico más importante, y las relaciones entendidas en un primer momento sólo en el nivel del objeto deben ser elevadas a aquél (1972 [1912], pp.94-95). Al mismo tiempo, el nivel del sujeto no considera el yo personal ni la representación de características subjetivas a través de otras personas, como tampoco el trasfondo biográfico de tales representaciones. Puesto que todo lo personal está incluido en arquetipos, la interpretación de ellos dará también a los objetos su sentido más profundo. De este modo, otras personas en el sueño no serán vistas como representantes del propio yo, sino como exponentes de arquetipos, es decir, esquemas que gobiernan la vida y determinan la forma que toman tanto los procesos personales afectivos cognitivos, como las experiencias interpersonales y el actuar. En la visión del hombre de Jung, el ciclo vital es entendido como una asimilación de imágenes arquetípicas inconscientes. En el centro de esta asimilación se encuentra el sí mismo (Selbst):

Los comienzos de toda nuestra vida psíquica parecen originarse inextricablemente en este punto [el sí mismo (Selbst)], y todas las metas más altas y últimas parecen conducir a él... Confío que al lector atento haya quedado suficientemente claro que el sí mismo (Selbst) tiene tanto que ver con el yo como el Sol con la Tierra (Jung 1972 [1928], p.236).

La teoría de los arquetipos de Jung y la teoría de los símbolos de Freud se encuentran en el punto en que Freud supone la existencia de estructuras de significado supraindividuales. Ya que la configuración de tales estructuras con seguridad depende de las experiencias impartidas, tanto en lo individual como en lo sociocultural, la interpretación psicoanalítica de los sueños no puede ver las autorrepresentaciones como emanaciones de contenidos arquetípicos. Algunos analistas, sin embargo, son de la opinión que las imágenes de sí mismo tienen contenido arcaico; esto puede ilustrarse en la afirmación de Kohut sobre el "sueño de estado-de-sí-mismo" (self-state dream). Junto al tipo común y bien conocido de sueños, cuyos contenidos latentes (tales como deseos individuales, conflictos o intentos de solucionar problemas) pueden, en principio, ser verbalizados, Kohut cree haber descubierto un segundo tipo que él llama "sueño de estado-de-sí-mismo" (self-state dream). En estos sueños, las asociaciones no conducen a un entendimiento más profundo, sino, en el mejor de los casos, a imágenes que se mantienen en el mismo nivel que el contenido manifiesto del sueño. Exploraciones del contenido manifiesto y del enriquecimiento asociativo indican que las partes sanas del paciente reaccionan con angustia frente a cambios intranquilizadores en el estado del sí mismo (self), por ejemplo, frente a la amenaza de su desintegración. Como un todo, los sueños del segundo tipo deben ser entonces entendidos como

representaciones de amenazas de desintegración para el sí mismo, lo que Kohut ilustra mediante los sueños de vuelo.

A modo de ejemplo, Kohut (1977, p.109) llama la atención sobre 3 sueños, que ya se encuentran en sus libros anteriores (1971, pp.4, 149). Someramente, los sueños de vuelo son para Kohut representaciones del sí mismo grandioso en situaciones altamente amenazantes, donde el peligro es la desintegración, la que él iguala con la aparición de una psicosis. De aquí se desprende la interpretación, que Kohut no quisiera se confunda con una maniobra de apoyo, según la cual distintos acontecimientos en la vida del paciente, incluyendo la interrupción del análisis, podrían reactivar antiguos delirios de grandeza. El paciente teme el resurgimiento de éstos, pero da a conocer, aun en el mismo sueño, su capacidad de superar el problema con humor (Kohut 1977, p.109). Kohut ve en el humor un tipo de sublimación y de conquista de los delirios narcisistas de grandeza, es decir, una suerte de distanciamiento (véase también en French y Fromm [1964] el concepto de "des-animación" como defensa y como medio de facilitar la solución de problemas).

Nada es más natural que ver los sueños de vuelo como autorrepresentaciones y como sueños de deseo. Para los hombres de hoy, a diferencia de Icaro, el volar es una experiencia real que se vive junto con el conocimiento de que el aire es todavía más traicionero que el agua. Con todo, antes de aventurar algo tan definitivo como la afirmación de que los sueños de vuelo son representaciones particularmente alarmantes del sí mismo grandioso, pensamos que se debería primero investigar en más detalle las consecuencias que tienen los desarrollos tecnológicos en la formación de esquemas inconscientes. Y más allá de las preguntas prácticas sobre técnica de tratamiento, tales interpretaciones muestran las consecuencias que pueden tener suposiciones teóricas que se toman como probadas. Para interpretar tales sueños, Kohut no necesita asociaciones, pues ellas, supuestamente, se sitúan en un nivel arcaico de función. Nosotros creemos, sin embargo, que éste, al igual que la pregunta general acerca de la interpretación de los símbolos, es un problema no aclarado de la teoría psicoanalítica de la interpretación de los sueños.

Lüders (1982) distingue entre sueños de sí mismo y sueños de relaciones de objeto, aunque parece aceptar que los sueños donde aparecen personas en interacción pueden también interpretarse desde el punto de vista del sí mismo. El subraya que los sueños son interpretaciones, aunque sin la regulación y el control que, en la conciencia de vigilia, manifiestan y a la vez traicionan la actividad del yo.

En su concepción, la forma que los sueños toman está determinada por la contradicción entre el concepto de sí mismo y el sí mismo real, entre la capacidad de actuar imaginada y la actual. Este autor es de la opinión que el concepto de sí mismo no puede modificarse sin que esto afecte al sí mismo real, del mismo modo como tampoco la capacidad actual de actuar puede sufrir una modificación que no sea simbolizada. Los cambios pueden ser positivos o negativos, pueden haber expandido o restringido la capacidad de actuar. En

ambos casos el soñante cae en la cuenta, a través de la interpretación, en qué condiciones reales está su sí mismo y qué potencial de conocimiento y acción tiene a su disposición en el momento del sueño, cómo se siente realmente, y en qué suerte de ánimo se encuentra. No importando que los sueños sean de vuelo o de caída, de muerte o nacimiento, sobre la madre del soñante o sobre el analista, todo sueño traduce individualmente la alteración, no percibida y no simbolizada, de la capacidad del soñante para actuar, y toda interpretación de un sueño clarifica y diferencia la imagen de sí mismo que él mismo se ha diseñado.

Con esta concepción de los aspectos del sí mismo de los sueños, Lüders subraya su función solucionadora de problemas, viendo el sueño manifiesto como una interpretación del soñante de su estado mental inconsciente y asignando una importancia central a la función integrativa de la interpretación del analista (como ya lo hizo French [1952, p.71]; véase también French y Fromm [1964]). Com-partimos de manera particular la opinión categórica de Lüders de que "toda escena y persona es una metáfora que ilustra la dinámica invisible y no articulada y cuyo significado puede averiguarse sólo con la ayuda de las asociaciones y recuerdos del soñante. El lenguaje del sueño es privado y no universal" (1982, p.828).

Desde Freud hasta nuestros días, se ha ido atribuyendo al soñar un número creciente de funciones, esto es, se ha enriquecido la teoría del cumplimiento de deseos. Una extensión importante de la teoría de Freud es el planteamiento de French (1952) de que el sueño debe verse como un intento de solución de un problema, y que se debe considerar, no sólo el deseo mismo, sino también los obstáculos que se erigen en el camino de su cumplimiento y de su toma de conciencia. En la elaboración posterior de esta idea, French y Fromm (1964) ven dos diferencias mayores entre la teoría de Freud y la suya propia. La primera es el interés teórico unilateral de Freud en el deseo infantil, que para él constituye el motor esencial del trabajo del sueño. La segunda diferencia reside en el hecho de que la técnica de Freud de reconstruir el trabajo del sueño se limita esencialmente a seguir cadenas de asociaciones. French y Fromm, al contrario, no consideran los procesos de pensamiento como una sucesión eslabonada de ítems separados, sino que consideran el pensamiento más bien como algo que procede en "Gestalten" (p.89; French y Fromm usan la palabra alemana en el original inglés).

La función de "solución de problemas", que French y Fromm (1963) traen al primer plano, no es algo que se quede en lo general, pues solucionar problemas constituye una tarea personal, ubicua y nunca acabada, de cada individuo. En varios lugares de su libro, eso sí, limitan el término al nivel de la adaptación social, con lo cual dan a la función de solución de problemas un significado más específico, con énfasis en los conflictos interpersonales.

La relación entre sueño e intento de solucionar problemas aparece en la obra de Freud después de 1905, en las Conferencias de introducción (1916-17, pp.203s):

En efecto, es enteramente cierto que el sueño puede subrogar todo eso y ser sus-tituido por todo eso que antes enumeramos: un designio, una advertencia, una re-flexión, una preparación, un intento de solucionar una tarea, etc. Pero si ustedes lo miran bien, reconocerán que todo eso no es válido sino para los pensamientos oníricos latentes que han sido trasmudados en el sueño. Por las interpretaciones de los sueños se enteran ustedes de que el pensar inconsciente de los hombres se ocupa de esos designios, preparaciones, reflexiones etc., con los cuales después el trabajo del sueño confecciona el sueño.

Seguidamente, Freud se ocupa de aclarar ciertos conceptos, y pregunta: "Los pen-samientos oníricos latentes son el material que el trabajo del sueño remodela en el sueño manifiesto. ¿Por qué a toda costa se empeñan ustedes en confundir el mate-rial con el trabajo que lo informa?" (p.204). En las reflexiones subsiguientes, Freud subraya, una vez más, la función de cumplimiento de deseos del sueño.

La teoría de los sueños fue influenciada considerablemente por las especu-laciones filosóficas concernientes a la compulsión a la repetición. La explicación alternativa y psicológicamente más plausible, que Freud contempló en el caso de los sueños de angustia, y de la cual, en contraste con la hipótesis de la pulsión de muerte, se pueden deducir medidas terapéuticas útiles, fue relegada a un segundo plano. Esto nos lleva a abogar, aún con mayor decisión, por una interpretación motivacional de los sueños de angustia repetitivos como intentos de conquista o dominio de situaciones traumáticas difíciles.

En la práctica, la introducción del concepto de instinto de muerte afectó sólo a aquellos analistas que lo incorporaron a la teoría clínica del psicoanálisis como una imagen latente del mundo o del hombre. La mayoría de los analistas siguieron la concepción alternativa de Freud para los sueños de angustia repetitivos, es decir, la interpretación, terapéuticamente muy fructífera y teóricamente plausible, de que éstos son intentos diferidos de dominio y, así, en un sentido amplio, intentos de solución de problemas. En su revisión de los sueños de examen, Kafka (1979) habla de una acción tranquilizante de éstos (reassuring function), y los entiende como una forma transicional entre los sueños traumáticos y los sueños de an-gustia.

Del mismo modo como los sueños de castigo, que contradecían la teoría del cumplimiento de deseos, fueron acomodados a ella por medio de una ampliación del concepto de deseo y por la localización de éste en el superyó, los sueños de an-gustia recurrentes podrían haber sido incorporados en la teoría ampliada, adjudi-cando al yo una necesidad, análoga a un deseo, de control y vencimiento (Weiss y Sampson 1985). Aunque avistada por Freud, esta alternativa no se ha desarrollado teóricamente, lo que es muy sorprendente considerando que ha sido usada intui-tivamente por muchos analistas y que puede ser validada clínicamente sin mucha dificultad.

La experiencia muestra que si, paralelamente al aumento en la confianza en sí mismo (sentimiento de sí, etc.), se reelaboran los antiguos determinantes de la angustia, entonces los estereotipos, es decir, sueños repetitivos de angustia que tienen por tema situaciones traumáticas, tienden a desaparecer. De la misma manera, los síntomas pueden mejorar en la medida en que éstos sean tratados como originados en tales situaciones y como manifestación de estos determinantes in-conscientes especiales (véase Kafka 1979).

Aunque Freud no vaciló en explicar psicológicamente los sueños de castigo, es decir, el deseo y su satisfacción que los causan, como originándose en áreas no pulsionales de la mente, se arredró frente a seguir ampliando la teoría del cumplimiento de deseos. El había sido capaz de acomodar los sueños de castigo en el superyó sin abandonar su sistema. Sin embargo, asignar a la solución de problemas un carácter análogo al deseo, habría hecho estallar el sistema, pues la solución de problemas habría llegado a ser un principio superior de regulación, y los deseos pulsionales, como partes integrantes de la autorrepresentación, habrían tenido que subordinarse a él.

¿Qué pudo haber conducido a Freud a no considerar los sueños de angustia, consecuentemente, como intentos de cumplimiento de deseos, en el sentido del vencimiento, es decir, como trabajos del yo, mientras que no vaciló en atribuir a los sueños de castigo motivos provenientes del superyó? Nuestra sospecha es que la modificación introducida por la teoría dualista y la reforma del modelo topográfico en la teoría estructural creó tantos problemas (Rapaport 1967), que la teoría de los sueños hasta el día de hoy permanece sin haber sido completamente integrada en la teoría estructural (Arlow y Brenner 1964). Por ejemplo, en base a la teoría estructural, habría sido lo más natural postular, también en los sueños, una función yoica de vencimiento de la angustia y ver en las recurrencias intentos de solucionar problemas. Ya Freud mismo había ofrecido un ejemplo convincente de solución de problemas, en un sueño que interpretó en Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905e). En notas a las ediciones de 1914 y 1925 de la Interpretación de los sueños (1900a, p.570 y 502) y en las Conferencias de introducción (1916-17, p.216-7) describió en términos muy positivos la solución de problemas en los sueños como una continuación del pensar de vigilia en un nivel preconsciente.

A. Garma ha desarrollado una teoría onírica que parte de una hipótesis intermedia entre la teoría del cumplimiento de deseo, la del sueño como solución de problemas y la del sueño como representación de sí mismo. Este autor argentino, que ha investigado en el tema a lo largo de más de 40 años, plantea la génesis traumática del sueño. Para él, el sueño muestra al soñante una representación dramática de sus propios conflictos, representación generalmente distorsionada por los mecanismos psíquicos que intentan evitar el reconocimiento de situaciones que provocan angustia. Los conflictos no resueltos que requieren de distorsión se derivan de experiencias heredadas y de experiencias infantiles, las cuales se condensan en torno a un resto diurno. Algunos discípulos de Garma no están de acuerdo con la existencia de

conflictos heredados (herencia filogenética en el sentido de Freud), aunque todos sostienen su punto de vista de que el sueño es un intento fallido (y por eso distorsionado) de resolver una situación conflictiva traumática, cuyo origen se localiza tanto en el pasado como en el presente. Garma resume así su teoría:

1. El sueño parte de una o de varias situaciones desagradables que el sujeto es incapaz de dominar o elaborar de un modo normal, y que, siguiendo a Freud, hemos llamado situaciones traumáticas.
2. En el sueño el sujeto está psíquicamente fijado a estas situaciones traumáticas.
3. El sueño es una tentativa, generalmente eficaz, de vencer el desagrado psíquico originado por las situaciones traumáticas.
4. La tentativa de vencer el desagrado psíquico se efectúa mediante la satisfacción de deseos.
5. El aspecto alucinatorio del sueño se debe al influjo de las situaciones traumáticas y no al influjo de los deseos que se satisfacen. (Garma 1974, pp.139s).

A la verdad, Freud permaneció escéptico frente a los intentos de adscribir al trabajo del sueño un carácter creativo (1923a, p.238). El hecho de que él, a pesar de todo, se adhiriera a la idea de reducir el sentido de los sueños a un tipo simple de pensamiento (es decir, el intento de cumplir los deseos), lo atribuimos a un principio básico inmanente a su sistema y que fijó su orientación científica, que se origina en su antropología latente, es decir, en su imagen del hombre y el mundo. Nos referimos a su intento de reducir los fenómenos psíquicos, y con ellos la génesis, sentido y naturaleza de los sueños, en último término a procesos corporales. Sin lugar a dudas, las necesidades y deseos se refieren estrechamente a la pulsión, como a un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático, por lo que el sueño fue también entendido como descarga de estímulos internos. Con todo, el que Freud encontrara una confirmación de su imagen latente del hombre en la práctica, es decir, en la interpretación de los sueños, no puede descartarse como si hubiera encontrado huevos de Pascua escondidos por él mismo, o, dicho de otra manera, como una confirmación de prejuicios y presupuestos. Pues, aun cuando no es posible seguir sosteniendo la teoría del cumplimiento de deseos, en el sentido de descarga pulsional, queda ciertamente en pie el principio heurístico de primer orden de considerar todas las manifestaciones psíquicas, y con ellas también el sueño, como expresión de deseos y necesidades. Cuando se ignora este principio regulador, se pierde algo esencial.

#### **5.4 La teoría de la representación de sí mismo y sus consecuencias**



En esta sección quisiéramos resumir la tesis de Freud de que todo sueño representa al soñante mismo y sacar algunas conclusiones de ella, con lo cual la hacemos nuestra y la continuamos desarrollando. Las contradicciones de la teoría psicoanalítica del sueño (el trabajo del sueño) surgen del hecho de que en la traducción terapéutica (el trabajo de interpretación), el sentido que se encuentra detrás del contenido manifiesto no se da sin que el soñante oponga resistencia. Detrás del trabajo interpretativo se encuentra el problema de la relación entre los pensamientos oníricos latentes revelados por la interpretación y el contenido onírico manifiesto (esto es, entre el sueño latente y el manifiesto).

En los intentos de traducción surgen algunas inconsistencias, porque Freud supuso un tipo de relación genética, en la que el pensamiento, fenómeno más tardío desde el punto de vista psicológico evolutivo, fue subordinado al modo figural arcaico de expresión, en la forma de un deseo latente simultáneamente operante. A este respecto, la siguiente afirmación es característica: "Ven, además, que por este camino se vuelve posible crear en el sueño manifiesto imágenes sustitutivas para toda una serie de pensamientos abstractos, imágenes que sirven al propósito del ocultamiento" (1916-17, p.111; la cursiva es nuestra).

Es totalmente evidente que Freud está aquí ocupado, como en realidad en toda obra, de la relación entre las etapas preliminares y la forma final, es decir, del tema de la transformación, y del problema de la divergencia y del desarrollo de las conexiones psíquicas. Las contradicciones antes mencionadas también se relacionan, en último término, con la gran dificultad que surge en la comprensión de las reglas de transformación y sus determinantes, cuando deseo, imagen y pensamiento, o, afecto y percepción, han sido separados unos de otros, a pesar de pertenecer a una misma unidad de experiencia. Piénsese, por ejemplo, en la transformación del deseo en el "cumplimiento alucinatorio del deseo". Ya que en la cadena de acontecimientos supuesta por la teoría se subordina el deseo infantil primario al pensamiento latente, podría esto también verse como un problema de transformaciones, lo que podría explicar las afirmaciones contradictorias concernientes a "manifiesto" y "latente". Si se habla, abreviadamente, de sueño latente, y se entiende bajo éste el sentido revelado a través de la interpretación del sueño manifiesto, sin intentar localizar el sentido mismo en un estadio previo que se supone existió realmente, no es necesario ocuparse de problemas que conducen a soluciones insuficientes, a la vez que se recobra un acceso a la forma peculiar del pensar onírico.

W. Bucci (1987) deriva las contradicciones inmanentes a la teoría de Freud del modelo neurofisiológico obsoleto implícito en ella, es decir, de la idea de la dominancia verbal, donde la representación onírica figural es un modo inherentemente regresivo y anormal. La teoría alternativa que Bucci propone, desarrollada a partir de modernas investigaciones empíricas en el área de psicología cognitiva y que ella llama "teoría del doble código", intenta

solucionar las contradicciones postulando la existencia de dos códigos de igual rango, el verbal y el no verbal. En ambos sistemas se puede asentar el pensar maduro y racional, siendo el código no verbal el lugar propio de las estructuras emocionales y de otros tipos de pensar holístico que proceden con información sincrónica a través de canales múltiples en paralelo. El cerebro percibe y elabora la realidad simultáneamente en ambos códigos, aunque distintos aspectos de la realidad tengan preferencia por uno u otro. Ambos sistemas, con diferentes contenidos y con principios organizativos distintos, se conectan entre sí y se afectan mutuamente a través de vínculos referenciales (referential connections) que son conexiones bidireccionales y que nos permiten nombrar lo que vemos, oímos o sentimos; es decir, nos permiten traducir nuestra propia experiencia en palabras y, correspondientemente, entender las palabras ajenas en términos de experiencias no verbales propias. El proceso de dar palabras a las experiencias implica la transformación de un sistema de información analógico, en canales múltiples, a otro de un solo canal con formato verbal digital y la reformulación de la información en términos de una banda secuencial de elementos discretos. Este proceso de transformación es fluctuante en su competencia, en función de situaciones interpersonales y de estados somáticos o emocionales. Los vínculos referenciales son entonces el campo de acción de los mecanismos de defensa. De acuerdo con esta teoría, el sueño latente no se refiere a pensamientos de la vigilia anteriormente reprimidos por conectarse con deseos prohibidos, sino a experiencias presentes, que activan durante el día estructuras emocionales y que, por lo tanto, son codificadas en el sistema no verbal, cuya integración con experiencias similares pasadas se produce durante la fase REM, siempre de un modo no verbal, es decir, a través del lenguaje figural pictórico. El lenguaje figural es entonces la expresión primaria y propia de emociones complejas, como deseos, creencias y expectativas, y de otras vivencias holísticas sensoriomotoras, representacionales, matemáticas, etc., que no pueden ser expresadas de modo verbal. Al revés, Freud pensaba que los pensamientos de vigilia (el contenido latente), básicamente deseos inaceptables, son traducidos desde el modo discursivo al modo figural arcaico. En la teoría del doble código, el sueño manifiesto es entonces la manifestación no verbal, pictórica, del proceso de integración (trabajo del sueño) entre la experiencia reciente y las experiencias almacenadas en la memoria no verbal, proceso que alcanza una primera verbalización a través del relato. Finalmente, es sólo a través del trabajo asociativo del paciente y por la interpretación analítica, como estas experiencias, primariamente percibidas, almacenadas y en un primer momento elaboradas en el código no verbal, logran, por primera vez, un sentido en términos verbales, que las relaciona con deseos, creencias y expectativas hasta ahora inconscientes. Las asociaciones del paciente extraen su material de experiencias anteriores que a su vez provienen, a través de conexiones referenciales, de ambos sistemas, el no verbal y el verbal. La teoría de Bucci, al eliminar la primacía del pensamiento verbal, hace innecesaria la hipótesis

freudiana del "zig-zag" entre el sistema verbal y el no verbal y entrega al trabajo analítico una función primaria creadora de sentido. De acuerdo con esto, la transformación verdaderamente relevante desde el punto de vista terapéutico se produce entre el sueño relatado y el sueño interpretado, donde éste último agrega un sentido que nunca antes estuvo en la mente, consciente o inconsciente, del paciente. El sueño, como producto psíquico, se entiende entonces como una forma privilegiada (por las conexiones que ofrece) de representación de sí mismo.

Ya hemos indicado qué procesos psicológicos evolutivos crean las condiciones para que todo sueño contenga la persona del soñante. Ahora bien, muchas preguntas de detalle quedan abiertas si escogemos la formulación de que el sueño es una representación de sí mismo en la cual está implicado el soñante, por lo menos en cuanto expresa (en lenguaje figural) un trozo de su visión subjetiva del mundo. La visión subjetiva de sí mismo y de la parte de su vida representada en el sueño está, independientemente de la regresión, orientada al yo. Los demás personajes dramáticos, sus palabras y comportamiento, son puestos en escena e inventados libremente por el dramaturgo, por lo menos cuanto no es posible que, efectivamente, contradigan las caracterizaciones del autor del sueño y su presentación escénica.

El que, con todo, el autor no sea al mismo tiempo libre en la elección del material y los medios de representación, y que éstos, de hecho, estén en gran medida predeterminados de manera independiente, se debe a las limitaciones siguientes: En tanto no haya pensamientos que se nos impongan por sí mismos irresistiblemente en la vigilia o en las enfermedades neuróticas o psicóticas, nos sentiremos como señores de nuestra propia casa y suficientemente libres como para optar entre diferentes posibilidades. Aun cuando el rango de elección está, en realidad, bastante restringido por factores externos e internos, y aunque desde un punto de vista motivacional nuestro libre albedrío pareciera disolverse en la dependencia, podemos aún reclamar, al menos subjetivamente, la posibilidad de elegir entre hacer esto y no hacer aquello. Si fuera de otra manera, no seríamos capaces de alcanzar la meta ideal del psicoanálisis, cual es aumentar, por medio del entendimiento (Einsicht) de los determinantes del pensar y del actuar, el margen de libertad individual y la capacidad de responsabilizarse de sí mismo y del prójimo, es decir, la meta de liberar al paciente de las consecuencias inevitables de los procesos inconscientes.

En los sueños, se pierde el sentimiento subjetivo de ser el amo en la propia casa y de ser, al menos potencialmente, libre. Esta pérdida se hace especialmente vívida, cuando, tras penosa lucha por despertar y sumidos en un total desamparo, logramos superar los sueños angustiosos y devolver así a nuestro yo su señorío. La reducción de la resistencia de represión, junto con los procesos que Freud describió y que configuran la formación onírica (trabajo del sueño), permiten la emergencia de áreas de vida psíquica inconscientes que el yo preferiría no reconocer y en contra de las que erigió

las barreras. Uno de los principios generales y establecidos del psicoanálisis dice que estos afanes inconscientes producen, no obstante, síntomas, precisamente porque ellos vuelven por la puerta trasera y arrebatan el poder y la libertad al amo de la casa. Es controvertible, sin embargo, que este principio general para la vida humana siga siendo válido en algunos contextos especiales, como por ejemplo, cuando se trata de ciertas psicopatologías individuales o en la historia de las colectividades.

Desde un punto de vista dinámico, se tiende naturalmente a examinar más de cerca los efectos que la reducción de la resistencia de represión durante el sueño tiene en el mundo de deseos del soñante. Ya que por su misma naturaleza los deseos están dirigidos a objetos y se esfuerzan por lograr satisfacción, y ya que la imaginación humana no tiene límites, es decir, va siempre más allá de la gratificación inmediata de las necesidades vitales, es inevitable que surgan frustraciones. A causa de la significación básica de los deseos, cuyo cumplimiento, presumiblemente aun en el paraíso, se quedaría corto frente a la fantasía (para no hablar de las situaciones reales de denegación, o del tabú del incesto que probablemente es el único tabú que trasciende casi todos los límites socioculturales y que tiene validez universal [Hall y Lindzey 1968]), no es de extrañarse que Freud restringiera la consideración práctica terapéutica del sentido de los sueños a la representación de deseos. Por un lado, el mundo del deseo es inagotable y, por el otro, hay siempre restricciones, prohibiciones y tabúes que hacen fracasar su cumplimiento. Así, son tantas las dolorosas mortificaciones, imaginadas o genuinas, que penden de los deseos y que se pueden nutrir permanentemente del excedente de fantasía, que en contra de su reconocimiento y toma de conciencia se erige una resistencia especialmente intensa. Por esto, Freud atribuyó al censor onírico una función encubridora, capaz de escribir en clave, y que sólo permite el intento de cumplir un deseo.

No puede haber deseo o pulsión divorciado del sujeto, incluso en condiciones en las que el sujeto no se experimenta a sí mismo con un sentido de identidad yoica, por ejemplo, cuando es lactante; aun en esa condición será tratado como un ser hambriento y nombrado como tal ("lactante"). En un sentido, expresar el hambre a través del llanto es la representación de sí mismo que se adecua a la edad del sujeto y, aunque ésta no sea entendida como tal por el lactante mismo, los demás sí lo hacen. Es desde luego posible que un adulto se ponga en el lugar del niño, a pesar de que nuestras teorías sobre su manera de ver y de experimentar las cosas estén construidas desde el punto de vista del adulto. Ya que éstas atañen a la fase pre-verbal del desarrollo, las construcciones y reconstrucciones del mundo interno del niño no pueden basarse en información verbal, lo cual plantea problemas especiales de verificación científica que aquí no podemos profundizar.

Mencionamos la posibilidad, por lo demás frecuentemente actualizada, de la "confusión de lenguas entre adultos y niños" (Ferenczi 1955 [1933]), porque qui-siéramos a continuación adentrarnos en la relación entre el modo infantil

de ver el mundo y el pensamiento adulto, usando para esto el ejemplo de la traducción del "lenguaje onírico infantil" al lenguaje del pensar de la vigilia. Hay que decir, eso sí, que seguimos ocupados del tema de la traducción de un lenguaje a otro, aun cuando el sueño, como una forma especial del pensar, no se caracterice, hasta el extremo que Freud supuso, por infantilismos y por elementos de recuerdo teñidos peculiarmente. El hecho de que vivimos entre dos mundos, el del lenguaje diurno normal y el del lenguaje onírico nocturno, ha sido fuente de desasosiego desde tiempos inmemoriales. Un aspecto importante del arte del intérprete de sueños era su capacidad de interpretar el lenguaje extraño y el mundo de los sueños de tal manera, que su contenido pudiera ser armonizado con los deseos e intenciones conscientes del soñante. Durante el sitio de Tiro, Alejandro Magno soñó con un sátiro danzante, sueño que el intérprete de sueños Aristandro interpretó como sa Tyros: "Tiro será tuya" (Freud 1916-17, p.216). Es difícil discutir que Aristandro había logrado una cierta intelección del mundo desiderativo de Alejandro y que probablemente ya intuía algo de la función de autocumplimiento de las profecías. ¡Si hasta se puede pensar que la profecía atrajo la suerte posibilitando, precisamente, que Alejandro Magno y su ejército lucharan con una meta clara!

Acercarse al lado nocturno de nuestro pensar desencadena siempre extrañeza, aun cuando el paciente sólo se mueva alrededor del contenido manifiesto y la tarea de hallar el sentido del sueño sea dejada enteramente a él, sin perturbar su propia in-terpretación del mismo. Incluso pacientes que están fuertemente motivados por la curiosidad y que se inclinan, en base a la experiencia previa, a suponer una función creativa al soñar, se sienten sorprendidos por lo siniestro de algunos sueños. A menudo es posible entender su extrañeza en el contexto de alguna forma de resis-tencia y así capacitarse para ofrecer significados que permitan superarlas. Ya que esto ocurre tan común y regularmente, preferiríamos describir estas formas resis-tenciales usando el término más general de "resistencia de identidad" (véase capítulo 4). Nos referimos a la resistencia que surge de la adherencia del paciente a la imagen consciente de sí mismo y del mundo, es decir, la adherencia a su identidad previa.

La resistencia de identidad no se dirige sólo hacia afuera, en contra de las opiniones y la influencia de otros, en especial del analista, sino también hacia adentro, particularmente en contra de representaciones oníricas diferentes de sí mismo y del mundo. A este aspecto interno se refiere Erikson cuando habla de la resistencia de identidad y del miedo frente a los cambios en los sentimientos de identidad (1968, pp.214-215). La resistencia de identidad la describe en el contexto de la fenomenología de la difusión de identidad, propia de la pubertad y de la adultez joven.

En los pacientes que se adhieren rígidamente a su visión consciente de las cosas y que por eso oponen una gran reserva frente a representaciones diferentes de sí mismo en los sueños, el motivo de esta resistencia es muy diferente. Parece

obvio que estos dos grupos tan distintos psicopatológicamente, tanto por la edad como por los síntomas, requieran de tratamientos diversos. El sentido común nos indica que debiéramos comportarnos de manera diferente cuando queremos estabilizar límites de identidad que están desdibujados y confundidos, que cuando se trata, en el otro extremo, de romper barreras que han llegado a ser rígidas y casi insuperables. Este proceder terapéutico diferenciado se puede fundamentar teóricamente.

Sin lugar a dudas, el cumplimiento de deseos a través del objeto y la relación de objeto en el sueño tienen en el psicoanálisis una significación terapéutica y teórica mayor que la tesis central de Freud, que hemos destacado, de que el soñante siempre se representa a sí mismo, a menudo mediante otras personas. Las reflexiones anteriores sobre identidad y resistencia de identidad nos llevan ahora a considerar el concepto de identificación en el sentido del "así como" (Freud 1900a, p.325). Con esta expresión, Freud afirma que una persona onírica puede estar compuesta de partes provenientes de diferentes personas y dice que las "formaciones mixtas de personas" (p.326) no pueden distinguirse nítidamente de la identificación. Cuando la construcción de una persona mixta fracasa, otra persona aparece en el sueño.

Hemos atribuido la suposición de Freud (1923c, p.122) de que el yo del soñante puede aparecer más de una vez en el mismo sueño -a veces en persona, a veces encubierto detrás de otras- al supuesto de una conversión directa, por el lenguaje onírico, de afinidades o semejanzas en imágenes visuales: en vez de poner en palabras el pensamiento "yo soy semejante a..." o "quisiera ser como...", el soñante representa escénicamente la persona con cuya belleza, fuerza, agresividad, potencia sexual, inteligencia o finura quisiera identificarse. Estos procesos multifacéticos hacen posible el desarrollo humano y el aprendizaje según modelos. Se podría decir que la satisfacción pulsional asegura la sobrevivencia animal y que sólo la identificación garantiza la humanización en un contexto sociocultural dado. Por esta razón, estamos de acuerdo con Freud cuando otorga a la identificación primaria una significación constitutiva básica para el desarrollo humano, como forma directa, a la vez originaria y temprana, de vínculo de sentimientos con el objeto (Freud 1921c p.101; 1923b, p.33).

La laboriosidad con que el soñante reparte las propias visiones, intenciones o comportamientos entre muchas personas, guarda probablemente relación con la irreductibilidad de las estructuras formales de este lenguaje peculiar, cuya composición se acerca a la de los jeroglíficos (relatos a través de ilustraciones), género que, por lo demás, tuvo un período de florecimiento en la Viena de fines de siglo. Este colorido local pudo haber influido en la comparación de Freud de la estructura del sueño con el jeroglífico, comparación que incluso Wittgenstein aprobó, a pesar de su conocida hostilidad en contra del psicoanálisis.

Parece lógico calificar como proyección la representación a través de otra persona, aunque creemos que la profundidad de la representación de sí mismo a

través de otros se vería limitada si se la atribuyera sólo a una proyección, en lo general, o a una defensa, en lo particular. Sin embargo, no es infrecuente que al soñante le cueste reconocerse en los otros, o que vea la paja en el ojo ajeno sin notar la viga en el suyo propio. La regresión onírica a niveles de desarrollo primitivos permite intercambiar sujeto y objetos. La diferenciación entre yo y no-yo, entre sujeto y objeto, no se ha completado todavía en esta fase (por lo demás, esta diferenciación no se termina nunca de completar, aun en el adulto sano, lo que permite la felicidad mutua compartida y, por supuesto, el "sentimiento oceánico"; véase además Thomä 1981, pp.99s).

En este contexto quisiéramos traer nuevamente a colación las sólidas investigaciones de Foulkes (1982), ya citadas, que muestran que los relatos de sueños de niños entre 3 y 4 años describen acciones realizadas por otras personas. En esta edad los niños viven entonces predominantemente de la identificación y no de la proyección.

En contraste con su firme suposición de que la función del soñar es la representación de deseos, Freud rechazó más tarde, por especulativa, la posición de "que todas las personas que aparecen en el sueño deban considerarse como segregaciones (Abspaltungen) o subrogaciones (Vertretungen) del propio yo" (1923c, p.122; la cursiva es nuestra). Surge la pregunta: ¿quién representaba esta posición? En nuestra opinión, la crítica de Freud pudo haber estado dirigida a la interpretación de Jung en el nivel del sujeto. Como alternativa, se podría pensar que esta opinión era también sostenida por otros psicoterapeutas, o que, por aquel entonces, ya se había introducido en el movimiento psicoanalítico. Finalmente, también es posible que Freud, sin un motivo actual, quisiera de antemano precaver en contra de una radicalización o absolutización de tal punto de vista. Consistentemente a través de toda su obra, Freud se adhirió a la concepción de que el soñante puede aparecer más de una vez en un sueño y ser encubierto por otras personas. Pero una absolutización de esta concepción habría restado abarcamiento al principio heurístico de encontrar, siempre que sea posible, la raíz infantil que motiva el deseo onírico. Una teoría absolutista de la representación de sí mismo la pondría en rivalidad con la teoría de cumplimiento del deseo, como idea conductora de la interpretación psicoanalítica de los sueños. En la práctica terapéutica, sin embargo, la interpretación de los sueños estaba tan lejos de realizar este ideal a principios de los años veinte como cuando Freud escribió *La interpretación de los sueños*, donde ya había considerado esos otros puntos de vista, que, por lo demás, habían mostrado su valor en la comprensión del caso Dora. En otras palabras: en los esfuerzos por encontrar deseos latentes, especialmente el deseo onírico infantil, se fueron sucesivamente descubriendo otros aspectos de los sueños y de sus significados, y, entre ellos, las funciones de solución de problemas y de dominio de conflictos. En la interpretación práctica de los sueños se dio siempre una colorida variedad, aunque nunca la tendencia de reemplazar la teoría de cumplimiento del deseo por una teoría de la representación de sí mismo igualmente abarcativa.

En este punto, es importante nuevamente recordar que Freud atribuyó la posibilidad de la representación de sí mismo a través de muchas personas a la regresión en el sueño. A causa de ésta se facilita el "tráfico de frontera" entre yo y tú, entre sujeto y objeto, y los hace intercambiables en el sentido de una identificación recíproca en el drama onírico. La emergencia de deseos mágicos permite, igual que en los cuentos, transformar a voluntad los objetos en el sueño. Ser y tener, identificación y deseo, no son entonces opuestos, sino dos aspectos del proceso onírico.

En vista de esto, es lógico buscar el destinatario de la crítica de Freud fuera del movimiento psicoanalítico y encontrarlo en la interpretación en el nivel del sujeto de Jung. Aun cuando nuestra suposición sea equivocada, confiamos haber incurrido en un error productivo para la discusión de nuestro tema. Por razones históricas y prácticas, cualquier discusión de la representación de sí en los sueños debe incluir tanto la interpretación al nivel del sujeto, íntimamente ligada al concepto jungiano del sí mismo (Selbst), como la interpretación de psicología del self de Kohut, en términos de narcisismo.

El que la teoría de la representación de sí mismo ha seguido desarrollándose en el interior del movimiento analítico, podemos comprobarlo, por ejemplo, en los trabajos de M. Masud Khan (1974, 1976). Este autor plantea, partiendo de las ideas de Winnicott (1971a), que el sueño representa el establecimiento de un espacio onírico, donde el soñante puede crear, afirmar o negar nuevas experiencias. El carácter del sueño como área experimental para el sí mismo, está dado, más que por el texto onírico, por la experiencia onírica misma: "La experiencia onírica es una totalidad que actualiza el sí mismo de maneras desconocidas" (M. Khan 1976, p.328). Esta experiencia, que pertenece al "área privada" del self, está más allá de la anécdota del sueño y más allá de la posibilidad de ser interpretada como tal.

## **5.5 La técnica de la interpretación de los sueños**

Con la concepción del sueño como medio de representación de sí mismo, quisiéramos fundamentar una comprensión ampliada del soñar que nos saque de la insalvable contradicción inherente a la teoría del deseo. En los pensamientos y deseos oníricos latentes vemos elementos inconscientes del sí mismo, que tienen una considerable participación en el conflicto y que también contienen una descripción del problema, quizás hasta un intento de resolverlo en el mismo sueño. También vemos representaciones del soñante sobre sí mismo, su cuerpo, sus patrones de conducta, etc. La relación entre la solución del problema en el presente y la que se dio tempranamente en la historia vital, no sólo revela deseos y conflictos reprimidos, sino también acciones probatorias relativas al futuro. Si el sueño se entiende como una representación de sí mismo en todos los aspectos concebibles, el analista estará más capacitado para captar aquello



que es más importante para el soñante y evaluará sus interpretaciones no sólo por lo que éstas contribuyen a entender cómo el paciente actualmente funciona, sino también, y con mucha mayor importancia, por la consideración de cuánto ellas lo ayudan a alcanzar maneras nuevas y mejores de ver y de actuar. No importando lo vital que sea el pasado del soñante, con todos sus obstáculos e impedimentos, su vida se desenvuelve en el aquí y ahora y se orienta hacia el futuro. La interpretación de los sueños puede de esta manera contribuir considerablemente al cambio del presente y del futuro.

Antes de poner la atención en la interpretación de los sueños en sentido estricto, queremos plantear algunas preguntas relativas al recuerdo de los sueños y al relato que de ellos hace el paciente. La utilidad terapéutica de los sueños no se restringe, sin embargo, a la sola interpretación con ayuda de asociaciones, es decir, a la revelación de los pensamientos oníricos latentes.

Monchaux (1978) considera la función de soñar, así como el relato de los sueños (en el sentido de deseo inconsciente y defensa en la relación transferencial) tan importantes para el soñante como el sueño mismo.

Diversos autores han destacado la relación existente entre la capacidad de soñar, la estructura del sueño mismo y la manera como el sueño se integra en la experiencia diurna, por un lado, y la psicopatología del paciente, por el otro. Blum (1976) plantea al respecto:

La diferencia entre relatar sueños, asociar con ellos y usarlos al servicio del análisis, puede verse rápidamente en los pacientes fronterizos. El sueño puede ser relatado sin asociaciones o con suposiciones y expectativas mágicas. El sueño mismo puede ser un despliegue narcisista o representar transferencias primitivas preedípicas (simbióticas, narcisistas, omnipotentes, etc) que dominan la relación transferencial. Los sueños y los ensueños diurnos pueden ser usados como ensoñamiento y retirada narcisistas. Pacientes con relaciones de objeto y con la realidad defectuosas, que no son capaces de distinguir entre el sueño y los acontecimientos reales, pueden relatar sueños inusualmente vívidos que tienen un efecto residual persistente durante la vida de vigilia, o pueden creer que el sueño influirá la realidad (Frosch 1967; Mack 1970). En estos pacientes, el así llamado acting out de los sueños se relaciona con el hecho de que se comportan como si vivieran en un sueño o con una exteriorización de fantasías e impulsos inconscientes (Blum 1976, p.317).

El hecho (que a veces ha sido destacado críticamente) de que el relato onírico del paciente tenga o llegue a tener una clara semejanza con la orientación teórica de su analista, no es ninguna prueba para la teoría del analista, sino una demostración de que paciente y analista se influyen mutuamente. Nadie debiera extrañarse de que ambas partes se acerquen a propósito del relato, de la exploración conjunta y de la eventual comprensión del sueño. La productividad de un paciente en relación al relato de sueños está naturalmente también muy determinada por la manera en que el analista reacciona ante tales relatos y por

la forma en que el paciente percibe el interés del analista en ellos. Thomä (1977) ha mostrado claramente que este acercamiento mutuo no es el resultado de la sugestión terapéutica. Para que un paciente sea capaz de relatar un sueño, es necesario que se sienta suficientemente seguro en la relación terapéutica. Hohage y Thomä (1982) ofrecen una breve exposición del juego recíproco entre constelación transferencial y la posibilidad para el paciente de ocuparse de los sueños. Baranger (1969, p.187), al igual que muchos analistas latinoamericanos, considera el sueño en el contexto de la comunicación interpersonal entre paciente y analista:

El uso de la comunicación por medio de sueños y la producción onírica misma varía enormemente de un analista a otro, dependiendo de la actitud técnica del analista hacia los sueños. Es verdad que los analizandos se expresan a través de material de sueños, en mayor o menor medida, de acuerdo con sus características individuales, pero también es un hecho que el sueño analizado depende, en mayor o menor medida, del interés del analista en los sueños, de la misma manera como este interés cambia dependiendo de los analizandos. Podemos concluir que se produce un condicionamiento recíproco y dialéctico entre la orientación técnica del psicoanalista en relación a los sueños y la mayor o menor propensión de los analizandos de expresarse a sí mismos por medio de material onírico (citado por Plata-Mujica 1976, p.339).

Grunert (1982) argumenta en contra de las restricciones inherentes a la opinión de Freud que el sueño manifiesto solo, sin asociaciones, no sirve para la interpretación. Ella escribe: "En contraste con la práctica de Freud, el analista no debiera temer considerar seriamente la imaginería y los sucesos manifiestos en el sueño y las emociones y afectos acompañantes o simbolizados". De esto se sigue que también es posible interpretar consecuentemente. Por lo demás, la significación técnica del contenido manifiesto como tal ha sido destacada desde hace tiempo, a propósito de los sueños típicos. Por ejemplo, B. Lewin (1946, 1955 y 1958) introdujo el concepto de "pantalla del sueño", según el cual todo sueño sería "proyectado" sobre una pantalla o trasfondo vacío que simboliza el pecho materno, según lo alucina el niño pequeño durante el sueño, después de haber sido alimentado por la madre. Esta pantalla, satisfacción alucinatoria del deseo mismo de dormir, no es habitualmente reconocida por el soñante, y por lo tanto puede no aparecer como tal en el relato del sueño. En algunos sueños típicos (sueños "vacíos"), sin embargo, aparece como elemento manifiesto, posibilitando así, según Lewin, la expresión de fantasías de regresión a estados primarios de fusión con la madre.

De acuerdo con esto, la representación, por ejemplo, de superficies blancas como trasfondo de la escena onírica (A. Garma 1976, pp.157-173), o de círculos como único elemento (M. Milner 1969, pp.246ss), sería la expresión,

en el sueño manifiesto y sin mediar asociaciones, de fantasías y deseos primarios de fusión con el pecho.

### **5.5.1 Las recomendaciones técnicas de Freud y extensiones posteriores**

Después de las múltiples formulaciones técnicas dispersas en la Interpretación de los sueños (1900a), Freud resumió sus recomendaciones técnicas varias veces. En Observaciones sobre la práctica y la teoría de la interpretación de los sueños, escribió:

Para la interpretación de un sueño en el análisis cabe optar entre diferentes procedimientos técnicos.

Uno puede: a) proceder cronológicamente, y hacer que el soñante produzca sus ocurrencias sobre los elementos del sueño en la secuencia en que éstos se presentaron en el relato del sueño. Este es el procedimiento originario, clásico, y sigo considerándolo el mejor cuando uno analiza sus propios sueños. O uno puede: b) iniciar el trabajo de interpretación por un elemento destacado del sueño, que se extrae de él; verbigracia, por su fragmento más llamativo o el que posee la máxima nitidez o intensidad sensible, o tomando un dicho que está contenido en el sueño y que, según se espera, ha de llevar al recuerdo de la vida de vigilia.

Uno puede: c) prescindir al comienzo por completo del contenido manifiesto, y a cambio inquirir al soñante por los acontecimientos de la víspera que se vinculan en su asociación con el sueño relatado.

Por último, cuando el soñante ya está familiarizado con la técnica de la interpretación, se puede: d) renunciar a todo precepto y dejar a su criterio escoger las ocurrencias acerca del sueño con las que comenzará.

No puedo aseverar que una u otra de estas técnicas sea preferible y ofrezca en todos los casos resultados mejores (Freud 1923c, p.111s).

Estas recomendaciones contienen todos los elementos esenciales de la interpretación onírica y dejan al analista una amplia libertad relativa a la ponderación y a la secuencia a seguir. Las recomendaciones dadas 10 años más tarde (1933a) son similares en todo, salvo en que asignan al resto diurno una importancia nueva.

El analista tiene ahora el material con el cual trabajar. La pregunta es: ¿cómo hacerlo? Aunque la literatura referente a los sueños ha aumentado entretanto hasta hacerse casi inmanejable, las recomendaciones elaboradas de técnicas interpretativas son más bien escasas. En el marco del congreso psicoanalítico de Londres (1975), se realizó un diálogo sobre "El cambio en el uso de los sueños en la práctica psicoanalítica", que fue abierto por Jean-Bertrand Pontalis con la afirmación de que "entre las teorías mayores del psicoanálisis,

la teoría de los sueños es la que menos ha cambiado, aunque el sueño sea visto distintamente como un mensaje, como puzzle para ser descifrado o como una experiencia intrapsíquica" (véase el re-sumen del diálogo hecho por Curtis y Sachs [1976, p.343]). Con todo, los autores que participaron en ese diálogo estaban todos de acuerdo en que la introducción de la teoría estructural y la ampliación del concepto de transferencia produjeron un cambio fundamental en el uso de los sueños en la práctica clínica, cambio que fue señalado por Ella Sharpe ya en 1937:

La técnica del análisis era [en los tiempos pioneros] casi sinónimo de técnica de interpretación de los sueños. Cada sueño era explotado con ahínco como el único camino a la mente inconsciente y un paciente que no soñaba presentaba un gran problema al analista para quien la única llave era el sueño (p.66). A veces uno se pregunta si el péndulo no ha oscilado hasta el otro extremo y si, en vez de una sobreestimación de los sueños como herramienta analítica, nos encontramos frente al peligro de una subestimación. Debiéramos revisar el valor de los sueños y hacer una valoración de los sueños en general...Yo creo que el sueño aún es una herramienta importante y casi indispensable para el entendimiento del conflicto psíquico inconsciente (p.67; citado por Blum 1976, p.316).

Así, "con el avance de la teoría y la técnica psicoanalítica se entendió que no hay camino real al inconsciente sin resistencia. [La interpretación del] sueño como el camino real del tratamiento psicoanalítico fue reemplazado por el análisis de la transferencia" (Blum 1976, p.316). Los sueños pasaron a constituir indicios trans-ferenciales, tanto en sus aspectos formales como de contenido. El relato de sueños puede estar al servicio de la resistencia; un paciente puede "inundar" las sesiones con relatos, o puede "seducir" al analista con sueños de "interés analítico", o puede transformar el relato de sueños en un ritual más, etc. De la misma manera, un sueño puede tener diferentes usos transferenciales dependiendo del tipo de neurosis del paciente, de la fase del análisis y de las vicisitudes generales de la transferencia y resistencia. En el diálogo sobre el cambio en el uso de los sueños, ya citado, Plata-Mujica (1976) nos ofrece una visión panorámica de la manera como en Latinoamérica, a partir de los trabajos pioneros de A. Garma, se ha desarrollado toda una línea teórica y técnica en relación a los sueños:

Para Freud existía la transferencia del contenido inconsciente a la representación preconscious, en los sueños, y la transferencia del contenido inconsciente al terapeuta, en la técnica. En la teoría onírica la transferencia puede edificarse sobre el 'resto diurno insignificante y reciente'; en la práctica, sobre la transferencia a la persona del psicoanalista en el momento presente. Así, en la práctica, el terapeuta es un equivalente del resto diurno en el sueño, cuyo contenido trans-ferido ayuda tanto a hacerlo manifiesto como a

distorsionarlo. Este mismo paralelo se encuentra entre lo 'reciente' y lo 'presente': el resto diurno puede permanecer 'inalterado' por efecto del contenido transferido, o experimentar una modificación, posibilidades que también se encuentran en la práctica analítica, a través del concepto ampliado de contratransferencia [Racker 1960], que puede permanecer 'inalterada' o 'modificada', dependiendo de la reacción del analista a la transferencia del paciente.

En mi opinión, este enfoque constituye la base teórica para sustentar el camino a través del cual los restos diurnos transferenciales encuentran un papel en el trabajo onírico, que va desde el papel 'insignificante' al más significativo, y el camino por el cual los sueños de los analizandos se construyen a sí mismos, no fenomenológicamente, sino como un lenguaje que posee muchos niveles en la comunicación del contexto de la sesión y de la relación transferencial. Esto permite esbozar la conclusión general de que "algunas leyes que gobiernan la formación de sueños son las mismas que encontramos en la formación de la transferencia en la clínica y viceversa" [Cesio 1970, p.270] (Plata-Mujica 1976, p.340).

Esta concepción de la formación onírica en el contexto de la relación transferencial se conecta con lo que hemos planteado en relación a la transferencia (capítulo 2) como algo más que un mero proceso repetitivo, donde los elementos actuales (la persona del analista en interacción) juegan un papel específico e independiente de los problemas históricos y curativos. Así, a través de los restos diurnos transferenciales, se completó la ligazón técnica entre el análisis de los sueños y el análisis de la transferencia.

De acuerdo con la concepción de que los sueños son intentos de solución de problemas, French y Fromm plantean tres condiciones que deben satisfacer las interpretaciones:

1. Los distintos significados de un sueño deben armonizar unos con otros.
2. Las interpretaciones deben ajustarse a la situación emocional del soñante en el momento del sueño.
3. Debe ser posible una reconstrucción de los procesos de pensamiento libre de contradicciones.

French y Fromm (1964, p.66) describen estos factores como la "estructura cognitiva" del sueño, que constituiría la prueba decisiva de la validez de la reconstrucción y por lo tanto de la interpretación. Enfatizan que el yo en los sueños no tiene sólo la tarea de solucionar problemas, sino también de evitar una involucración demasiado grande en el conflicto focal, que haría más difícil la solución del problema. Esta evitación podría denominarse más bien como "distanciamiento". Un medio probado de distanciamiento es lo que French y Fromm llaman "desanimación" (deanimation): un conflicto interpersonal se objetiva o se tecnifica, con el sentido de poder facilitar el encuentro de una solución al problema, que ahora tiene la apariencia de un problema meramente técnico. "Estructura cognitiva del sueño" es la expresión

que French y Fromm usan para describir la "constelación de problemas íntimamente relacionados" (p.94), bajo lo cual entienden las relaciones actuales y cotidianas del soñante, la relación de éste con el analista y la conexión entre ambas.

La interpretación de los sueños, igual que otras interpretaciones completas, debe constar de tres componentes: 1) La relación transferencial, 2) las relaciones actuales externas y 3) la dimensión histórica. Esta tríada es importante, pues el paciente ve el problema neurótico como insoluble, precisamente, en cada una y en todas estas áreas. French y Fromm son muy estrictos en sus esfuerzos de llegar a una conexión significativa (evidence), reconocible en el material de la misma sesión (y de la previa). Vacíos y contradicciones en el material son considerados indicadores útiles para probar hipótesis alternativas, eventualmente mejores. Aunque de ningún modo se manifiestan como enemigos de la intuición, desconfían de la interpretación intuitiva de los sueños, que generalmente logra captar sólo un aspecto parcial del sueño y que induce al analista a seguir la "técnica del lecho de Pro-custo" (1964, p.24), es decir, a la tentación de adaptar el material a las hipótesis y no al revés, como debiera ser. La consideración de aspectos aislados es, en opinión de estos autores, la causa más importante de las diferencias en la interpretación de los sueños. Nos parece interesante que French y Fromm (p.195) exijan analizar primero muchos sueños antes de hacer interpretaciones históricas. También otros autores han reclamado por una investigación sistemática de series oníricas (véase, por ejemplo, Greenberg y Pearlman 1975; Cohen 1976; Geist y Kächele 1979).

A objeto de asegurar la mayor claridad, enumeramos a continuación los requisitos que, según French y Fromm, debe llenar la interpretación de los sueños:

1. Los distintos significados deben armonizar mutuamente.
2. Debe calzar con la situación emocional del soñante "en el momento del sueño".
3. Debe cuidar no tomar una parte por el todo.
4. Debe procurar no caer en la "técnica del lecho de Procusto".
5. Debe contemplar dos pasos:
  - a) El problema actual.
  - b) Problemas históricos semejantes (sin olvidar el aspecto transferencial).
6. Debe ser susceptible de ser contrastada con el material: la reconstrucción de la "estructura cognitiva del sueño" y las contradicciones como indicadores importantes (en analogía con los puzzles).
7. Antes de llegar a una interpretación histórica es necesario analizar varios sueños.

Lowy (1967) llama la atención sobre una restricción de la actividad interpretativa: él no interpreta aspectos que podrían ser una ayuda y un apoyo para el soñante. Esto corresponde a aquel procedimiento de no interpretar la transferencia positiva benigna mientras no llegue a ser una resistencia.

Advierte en contra de interpretaciones precipitadas: "la capacidad represiva

de interpretaciones irreflexivas es real, y el resultado puede ser privar al sujeto de la posibilidad del necesario experimentar explícito de figuras y escenas creadas por él mismo" (Lowy 1967, p.524).

Un tema frecuentemente discutido es el de la interpretación de los símbolos, que ocupa una posición especial a causa de la validez general de los símbolos. Esta posición, empero, se relativiza con la iluminadora definición de Holt del símbolo como una forma especial de desplazamiento. De acuerdo con él, los símbolos de-ben ser tratados como desplazamientos de otra índole:

Propongo que consideremos los símbolos como una forma especial de desplazamiento con las siguientes características: un símbolo es un sustituto por desplazamiento, estructurado y compartido socialmente. La primera característica, el que sea usado por un gran número de personas, implica la segunda y ayuda a explicarla: si toda forma de sustituto por desplazamiento fuera un fenómeno transitorio puramente ad hoc, tendríamos que, en realidad, aceptar una suerte de "inconsciente racial" u otro tipo de armonía preestablecida para dar cuenta del hecho de que mucha gente llegue al mismo desplazamiento (Holt 1967, p.358).

Las asociaciones son para el analista el requisito y el fundamento de las interpretaciones. Son los ladrillos que usa para construir su comprensión del sueño, su comprensión del problema subyacente en él y la solución alternativa para el soñante, además de que constituyen una parte importante de lo que se ha dado en llamar el "contexto" del sueño. Sand (en un manuscrito inédito que se llama "Un error sistemático en el uso de la asociación libre" [1984]) discute, desde un punto de vista científico, la importancia del "contexto". Reis (1970) investigó las formas que toma la asociación libre en función de los sueños, e ilustra, por medio de un caso, la dificultad específica de pacientes que son incapaces de asociar en torno a sus sueños.

Freud (1916-17, p.106) postula una relación cuantitativa entre la resistencia y los requerimientos en asociaciones necesarios para entender un elemento onírico:

A veces se necesita una única ocurrencia o unas pocas para llevarnos desde el elemento onírico hasta su inconsciente, mientras que otras veces se requieren para ello largas cadenas de asociaciones y el vencimiento de muchas objeciones críticas. Nos diremos que estas diferencias dependen de las magnitudes cambiantes de la resistencia, y probablemente tendremos razón. Cuando la resistencia es escasa, el sustituto no está muy alejado de lo inconsciente; pero una resistencia mayor conlleva mayores desfiguraciones de lo inconsciente y, por tanto, una distancia mayor desde el sustituto hasta lo inconsciente.

Fue especialmente en el campo de la interpretación de los sueños donde la técnica de la asociación libre se consolidó y refinó (véase sección 7.2). Al

mismo tiempo, la técnica obtuvo su fundamentación teórica de la supuesta asimetría inversa entre el trabajo del sueño y la producción de asociaciones libres. Así, Freud define la libre asociación como "representaciones involuntarias" (1900a, p.123). El sueño es entendido como el producto de un proceso regresivo a través del cual el pensamiento onírico es transformado en imagen visual.

Freud asumió que el paciente que asocia libremente en el diván se encuentra en una regresión similar a aquella de la del soñante. Por esta razón, el paciente está en una situación especialmente ventajosa para describir las imágenes oníricas y también para interpretarlas. Fragmento tras fragmento, a través del proceso de asociación, llega a hacerse inteligible en el estado de vigilia lo que en el sueño había sido compactado. Es decir, el paciente está en la posición de descomponer lo que fue ensamblado en el sueño (Freud 1901a, pp. 619-625). Ya que el método de la asociación libre no puede seguir siendo hoy en día considerado como la simple inversión del trabajo del sueño, es adecuado tomar una actitud pragmática frente al asociar libre y no pasar por alto el papel significativo que juega el analista, a través de su escuchar activo, en la creación de las conexiones que él interpreta. No hace mucho hemos mostrado claramente, usando el ejemplo de las interpretaciones de sueños de Kohut, cuán grande puede ser la influencia de los supuestos teóricos.

Usamos la expresión "asociaciones centradas en un tema" para describir las ocurrencias que el soñante, animado por el analista, comunica en torno a los elementos aislados del sueño; éstas son las asociaciones que caracterizan la interpretación clásica de los sueños. Aunque todavía ocasionalmente se empleen "asociaciones centradas en un tema", con consecuencias positivas para el trabajo interpretativo, en la literatura se encuentran pocos de tales análisis de sueños. A este respecto, no vacilamos en declararnos pasados de moda. No creemos que la interpretación onírica focalizada, que se apoya en asociaciones centradas en un tema, restrinja la libertad asociativa del paciente.

Naturalmente, también en las asociaciones centradas en un tema pronto surge la pregunta de si las asociaciones del paciente tienen todavía algo que ver con el sueño manifiesto y, lo que es más importante, con sus pensamientos latentes y deseos inconscientes específicos. Empero, la resistencia en contra de la asociación, aunque circunscrita, da alguna indicación sobre el camino a seguir en el contexto del sueño.

En este lugar, quisiéramos mencionar aún otro punto, que es el de la técnica de interpretación de los sueños que Freud llamó "clásica" (1923c, p.111), casi caída en el olvido. En su monografía, Kris (1982) no ofrece ningún ejemplo de una interpretación clásica de los sueños. El tiene un entendimiento global del método y del proceso de asociación libre, como un proceso en común, en el cual el soñante intenta expresar sus pensamientos y emociones en palabras y, estimulado por las propias asociaciones del analista, es ayudado por éste a cumplir la tarea (Kris 1982, pp.3 y 22). Muchos analistas, apoyándose en la concepción total de la transferencia, consideran que no es indispensable que el



paciente presente aso-ciaciones y que basta el contexto global de la sesión para entender el significado de un sueño particular (véase por ejemplo, Plata-Mujica 1976, pp.335s). De acuerdo con esto, todo lo que un paciente dice, antes y después del relato mismo del sueño, aun sin una relación explícita con éste, podría entenderse como asociaciones rela-tivas al sueño, lo cual, por supuesto, disminuye enormemente la posibilidad de verificar una interpretación en base al material. En el otro extremo técnico, Greenson (1970) critica las interpretaciones que no parten de las asociaciones del paciente, pues eso conduce a que la interpretación del sueño tenga más que ver con los prejuicios teóricos del analista que con la vida psíquica actual del paciente. Este autor plantea que el analista ciertamente debe hacer uso de su propia com-prensión empática, pero siempre a partir de las asociaciones del paciente, poniendo el énfasis en un trabajo común entre analista y paciente, donde el primero "debe escuchar con atención libremente flotante, oscilando entre los procesos primarios y secundarios del paciente y el suyo propio. Eventualmente [el analista] deberá formular sus ideas [asociaciones] en palabras que sean comprensibles, con sentido y vivas para el paciente. A veces podrá solamente decir: 'No entiendo el sueño, quizás lo entenderemos en otra ocasión'" (Greenson 1970, p.546).

La capacidad del paciente de asociar libremente, o mejor dicho, más libremente, puede considerarse como una expresión de libertad interior y, bajo ese punto de vista, como una meta deseable del tratamiento. Pues, no son las asociaciones del propio analista o su atención parejamente flotante como tal lo que ayuda al pa-ciente a desplegarse. El factor esencial es cómo llega el analista a interpretaciones útiles y qué efecto tienen éstas en el paciente. Inmediatamente después de cada in-tervención que, de acuerdo con el significado etimológico de la palabra, interrumpe el flujo de palabras del paciente, la sesión se centra en ella. Aun la total ausencia de respuesta a una interpretación es una reacción que el analista podrá hacer calzar. La atención parejamente flotante del analista es entonces también secuestrada por un tema, del mismo modo que cuando el paciente reacciona a sus intervenciones (esto es, reflexiona sobre ellas), en vez de ignorarlas. La manera cómo el analista llega a sus interpretaciones a partir de las asociaciones del paciente, cómo encuen-tra las palabras correctas, es decir, el tema referente a la heurística psicoanalítica, no es materia de esta sección (véase capítulo 8). Mientras más variadas son las asociaciones del paciente, y mientras más detalles ofrece, es más difícil para el analista hacer una selección y, por lo tanto, justificarla en base a patrones o configuraciones del material. Por esto es procedente considerar lo que el paciente dice, por un lado, desde el punto de vista de la continuidad (¿qué tema de la última sesión continúa hoy?), y, por el otro, mirando la sesión actual como una unidad (¿qué problema está tratando de resolver?). Para llegar a las "reglas de transformación" que quiere establecer, Spence (1981) propone dividir las asociaciones en "primarias" y "secundarias". El fundamento para la utilización de asociaciones es el "postulado de

correspondencia" ya citado (Spence 1981, p.387): las asociaciones corresponden a los pensamientos oníricos porque la regresión durante la asociación corresponde al estado de "regresión benigna", propia del dormir y del estar enamorado. Las asociaciones primarias son aquellas que están ligadas causalmente con el sueño; ellas conducen a los detalles del sueño. Las asociaciones secundarias son estimuladas por el sueño mismo; ellas conducen fuera del sueño. A causa de la importancia de esta distinción y para mostrar más claramente la línea argumentativa, quisiéramos citar directamente a Spence:

1. Debemos dividir las asociaciones del soñante en un conjunto primario (las pre-suntas causas del sueño) y en un conjunto secundario (desencadenadas por el sueño en cuanto soñado, pero no teniendo relación significativa con la producción del sueño). Las asociaciones primarias debieran provenir más o menos del mismo período de la vida del paciente (como hipótesis de trabajo, tomemos las 24 horas que preceden el sueño). Mientras más restringido sea este lapso, más seguros podremos estar de que hemos encontrado verdaderas asociaciones primarias. Si, por otro lado, aumentamos significativamente el tamaño de nuestro campo de exploración (hasta incluir, por ejemplo, toda la vida del paciente), reducimos con ello las posibilidades de encontrar algo que se relacione significativamente con la causa del sueño, a la vez que aumentan las probabilidades de recoger sólo asociaciones secundarias.
2. Debemos formular las asociaciones primarias como un conjunto de proposiciones mínimas. El propósito de este paso es representar cada asociación en alguna forma canónica estándar, facilitándonos así descubrir las semejanzas subyacentes al conjunto y pavimentando el camino para el descubrimiento de las reglas de transformación.
3. Tenemos que reducir las proposiciones causales a un conjunto restringido de una o más reglas de transformación. Cada regla (o reglas), aplicada a la proposición canónica, debiera generar uno o más de los detalles del sueño actual; el conjunto completo de reglas, junto a todos los conjuntos de proposiciones, debería dar cuenta de todos los detalles en el sueño. De esta manera, al terminar este procedimiento habremos reducido el sueño manifiesto a: a) un conjunto de proposiciones subyacentes y b) un conjunto de una o más reglas de transformación. Las reglas de transformación debieran tener algunas afinidades con los mecanismos del proceso primario (Spence 1981, p.391; cursiva en el original).

La preocupación central de Spence es reducir la multiplicidad de significados, que llevó a Specht (1981) a preguntarse si la interpretación de los sueños difiere de la astrología y de la interpretación de los oráculos por un lado, y, por el otro, de la interpretación esquemática de símbolos en la que se basan los libros populares sobre interpretación de sueños. Debemos primero tratar la crítica de arbitrariedad, que parece recibir apoyo aun desde las propias filas.

En su trabajo El principio de la función múltiple ("Das Prinzip der mehrfachen Funktion"), Waelder (1936 [1930]) escribe lo siguiente sobre las teorías de la neurosis:

Si tuviéramos que desenterrar las teorías posibles, teorías que ven la neurosis como la solución simultánea de tres o más problemas, y si se considera además la posibilidad de subordinar un problema al otro, el número de tales teorías de la neurosis puede alcanzar muchas decenas de miles (1936, p.55).

En otro lugar, continúa:

Finalmente, podemos esperar que la vigencia de este principio [el de la función múltiple] se vea también en la vida onírica, pues el sueño fue el dominio donde la sobredeterminación fue originariamente descubierta. El carácter general del sueño consiste en la reducción de la experiencia psíquica, tanto en relación con sus con-tenidos (relajación del superyó y de las tareas activas del yo), como en relación con el modo de trabajo (substitución del modo de trabajo del consciente, en inten-tos de solución, por el modo de trabajo del inconsciente), como, finalmente, en el sentido temporal (retroceso de lo actual en favor de lo pasado). En consideración a todas estas reducciones o desarrollos regresivos, que significan un cambio en los problemas y una reversión en los métodos específicos de solución, del modo de trabajo consciente al modo inconsciente, el fenómeno del sueño puede también ser explicado a través del principio de la función múltiple. De la misma manera, cada evento en el sueño aparece entonces en función óctuple, o, claramente, en ocho grupos de significados. La diferencia del sueño se caracteriza sólo por el cambio o desplazamiento en las tareas y por la recaída en el modo de trabajo (1936, pp.58-59; la cursiva es nuestra).

En esto está implícito que si se toman en cuenta varios factores, entonces las posibles interpretaciones de un sueño pueden, en principio, "alcanzar muchas de-cenas de miles". El sueño es así una "condensación" de muchas tendencias dife-rentes y contiene un número infinito de significados potenciales. No obstante, de acuerdo con Specht (1981), las interpretaciones tentativas posibles de un sueño no son ilimitadas. Specht formula el problema de la confección y verificación de una interpretación onírica, en referencia al "horizonte poco nítido" de los conceptos y reglas interpretativas psicoanalíticos (p.776).

Propone, en conformidad con pro-blemas similares de teoría científica, que "las interpretaciones de los sueños de-bieran ser también entendidas como recomendaciones y no como afirmaciones des-criptivas" (p.783). Sugiere entender el sueño en el sentido del deseo que se supone, aun cuando el soñante no sea consciente de él. Specht define un deseo como "una tendencia fundada en la situación concreta de la vida que el soñante no es aún capaz de aceptar" (p.784). Este autor trabaja con el concepto de "constelación antece-dente" (p.765), por la que entiende "la situación psíquica que precede al sueño". Siguiendo a Roland (1971), Specht subraya -al igual que Sand (véase anterior-mente), aunque independientemente de él- la importancia decisiva del

"contexto relevante". Ambos conceptos, creemos correctamente, dejan totalmente abierta la dimensión temporal, de tal modo que se puede incluir tanto el resto diurno como traumas que ocurrieron décadas más atrás. Specht llega a la conclusión de que las posibilidades de interpretar un sueño están limitadas por 1) las reglas de interpretación, 2) las asociaciones libres del soñante y 3) el número de deseos que están anclados en la constelación antecedente e impedidos, por contramotivos (que deben especificarse), de alcanzar el nivel consciente. Si en la mayoría de los sueños no se pudiera determinar una correspondencia entre las posibles interpretaciones tentativas y los deseos anclados en la constelación antecedente, Specht rechazaría la teoría por falsa. "En principio, la teoría de los sueños es así falsificable, en nítido contraste con la interpretación de los oráculos" (p.775).

Specht propone los siguientes criterios para una interpretación científica de los sueños:

1. Descripción de la constelación antecedente.
2. Aplicación de las reglas de interpretación.
3. Informe sobre las asociaciones libres del paciente.
4. Descripción de los contramotivos (¿con psicogénesis?).
5. Discusión sobre los diversos deseos oníricos.
6. Fundamentación de la elección de la interpretación "correcta".
7. Elaboración de las interpretaciones.
8. Discusión sobre el efecto de las interpretaciones (considerando los criterios para una "interpretación correcta", por ejemplo, la emergencia de nuevo material).

En relación a las disputas sobre teorías de la ciencia, no debemos olvidar que la interpretación de los sueños tiene un origen práctico en el deseo del paciente de tal interpretación (Bartels 1979). Lo que con ella buscamos es cerrar la brecha existente entre sus sueños y su vida consciente con el fin de preservar su identidad, como Erikson (1954) lo señaló en su interpretación del "sueño paradigmático" del psicoanálisis, es decir, el sueño de Freud sobre Irma.

---

1 Tales abreacciones pueden también ser calificadas, de acuerdo con la terminología etológica, como actividades en vacío (Leerlaufaktivitäten), es decir, actividades en ausencia del objeto que satisface la pulsión.

## 6 La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes

### 6.1 Estado del problema

Habitualmente, paciente y analista se encuentran, por primera vez personalmente, en la sala de espera; sin embargo, en base a las propias expectativas, cada uno tiene ya una imagen más o menos vaga del otro. Para las reflexiones siguientes, imaginemos un paciente que ha solicitado una cita telefónicamente o por escrito. Supongamos que menciona brevemente sus problemas o escribe en forma detallada sobre su trayectoria de vida, para recalcar la necesidad urgente de consultar. Puede también expresar sus dudas y sus expectativas de que la decisión largamente pos-tergada de consultar desemboque prontamente en un tratamiento exitoso de su sintomatología crónica, así como la esperanza de que será aceptado como paciente, precisamente por este analista, de quien tiene buenas recomendaciones. Según el modo de anunciarse o de ser referido, o por el contenido y la forma de su carta, el analista puede sacar conclusiones sobre la situación de vida del paciente. Así pues, ya antes del primer encuentro se han iniciado procesos de transferencia, contra-transferencia y resistencia. Nuestro paciente ficticio, bajo la expectativa de su primera conversación, llegó incluso a soñar, la noche precedente, con una casa cuyo parecido con el edificio en el cual se encuentra ubicado el consultorio del analista ya le había llamado la atención al despertar. También el analista ha registrado señales que podrían contarse dentro de una contratransferencia positiva, en un sentido amplio de la palabra. En vista de la descripción que el paciente ha hecho de su situación de trabajo, que da lugar a la suposición de una gran flexibilidad de tiempo, el analista estudia su horario para ver qué oferta puede hacer al paciente.

De esta corta descripción de una situación imaginaria, el lector puede sacar las siguientes dos conclusiones: Primero, que la transferencia, la contratransferencia y la resistencia comienzan antes del primer encuentro entre paciente y analista. Segundo, que las expectativas del paciente comienzan a afectar el pensamiento onírico ya antes de que se haya llevado a cabo el primer encuentro. Debido a estas razones, tuvieron prioridad los cuatro capítulos precedentes, que se ocupan de estos temas. Teniendo en vista la transferencia, la contratransferencia y la resistencia, queremos destacar cuán esencial para la primera reunión y los encuentros siguientes es la actitud (*Einstellung*: modo de pensar, manera característica de enfrentar un problema) del analista. Ponemos énfasis en este aspecto, en especial pensando en aquellos lectores que comienzan con la lectura de este capítulo, cuyo título ofrece introducirlos en la práctica psicoanalítica. Nuestro bosquejo sobre los preliminares permite al lector más avezado, incluso sobre la base de estos pocos datos, predecir con bastante certidumbre el desenlace de la primera entrevista con este paciente modelo imaginario. En este caso no es necesario

una capacidad diagnóstica especial, y las bases para la decisión de dar comienzo a un psicoanálisis ya prácticamente están dadas antes de que el analista se haya quebrado la cabeza con criterios específicos de indicación. La primera entrevista o incluso una fase más larga de clarificación puede ser omitida en algunos pocos pacientes. Para ambos involucrados, paciente y analista, todo parece estar suficientemente claro, de tal modo que la primera entrevista puede marcar el inicio del tratamiento. A todo analista le es familiar este tipo de procesos de decisión que se desenvuelven rápidamente y que no tienen nada que ver con la fascinación llena de fantasías de una atracción mutua; por el contrario, conducen sin tropiezos a un tratamiento sobre el diván con cuatro o cinco sesiones por semana, debido al hecho de que por ambos lados se satisfacen bien los indicadores mínimos. Por así decirlo, todo calza: edad, nivel de instrucción, severidad de los síntomas y una posición profesional brillante que le otorga independencia económica y disponibilidad de tiempo.

No es de extrañar entonces que en la literatura psicoanalítica predominen notoriamente los trabajos sobre la fase inicial del tratamiento, frente a los centrados en la primera entrevista. También nosotros preferiríamos saltarnos el capítulo sobre primera entrevista y dedicarnos inmediatamente al que se refiere a las reglas y a la iniciación del tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, no podemos hacer como si nuestros pacientes en su mayoría fueran pacientes ideales, altamente valorados por todo terapeuta, que tienen buena motivación para un tratamiento y que son conscientes de las conexiones entre sus molestias y sus problemas y conflictos de vida, es decir, que ya traen consigo un cierto insight, psicoanalíticamente deseable, de su enfermedad. Esos pacientes ciertamente existen, pero son pocos; en realidad, nuestra práctica nos indica algo bien diferente. Tan pronto como los pacientes que acuden al analista presenten un amplio rango de problemas psíquicos y físicos (es decir, un espectro nosológico amplio), y la clientela no se componga unilateralmente de ciudadanos bien educados y económicamente de posición holgada, la primera entrevista cobra una función decisiva. Si a la primera entrevista no se le atribuye la dudosa función de distinguir de entre los pacientes a aquel supuestamente indicado para el psicoanálisis, hay una mayor posibilidad de tomar contacto con el espíritu pionero de Freud y con el placer que él encontraba en la experimentación.

En nuestra opinión, la entrevista inicial constituye la primera oportunidad para una adaptación flexible del método psicoanalítico que tome en cuenta la realidad particular de cada paciente. Sobre los primeros encuentros gravita una pesada carga de responsabilidad. Las informaciones que deben adquirirse en pocas conversaciones quedan necesariamente incompletas y son poco confiables. Por motivos de principio, sólo en casos muy claros se puede afirmar con certeza que a un paciente dado no se le puede ayudar con medios psicoanalíticos, ya que el método se erige sobre el fundamento del establecimiento de una relación interpersonal especial con el paciente como

individuo, con el objeto de influenciar terapéuticamente trastornos, síntomas y enfermedades, que son, total o parcialmente, de origen psíquico. Por este motivo, empleamos una palabra pretenciosa y hablamos de encuentro, en el que se incorporan todas las reglas y los términos técnicos.

Ciertamente, no podemos quedarnos en meras generalizaciones; es preciso ir más allá. Mientras más acabados y perfeccionados sean los métodos terapéuticos y las técnicas, más claras serán sus relaciones con la teoría de la génesis del cuadro clínico en cuestión, y su eficacia podrá predecirse de manera más precisa; mientras mejor se conozcan las circunstancias condicionantes y mientras más exactamente se aclaren los mecanismos de acción del tratamiento, más alta será la probabilidad de los pronósticos. Así, en medicina, la estandarización y la posibilidad de generalizar una técnica, o sea, la posibilidad de su aplicación en un caso típico, tomando en cuenta las desviaciones individuales, representan el ideal científico y práctico. De este modo, los errores en la técnica de tratamiento pueden ser descritos como desviaciones de una norma probada, lo que queda evidenciado en toda su plenitud en la constatación de intervenciones erradas.

¿Puede ser aplicado este ideal al tratamiento psicoanalítico? ¿Podemos esperar que la primera entrevista nos ofrezca los datos necesarios para el diagnóstico, datos que nos permitan establecer criterios positivos de indicación? Esto equivale a decir que indicación y pronóstico se interrelacionan, lo que queda claro en la pregunta que todo paciente hace a su médico y también a su analista: "¿Qué posibilidades tengo de mejorarme, o de curarme, si me someto a un análisis? ¿Si sólo puedo venir dos veces por semana, son menores las posibilidades de éxito?" Este tipo de preguntas son incómodas para cualquier analista. Esta es la razón por la que hemos admitido abiertamente que también nosotros nos sentimos más seguros al trabajar bajo condiciones estandarizadas, es decir, cuando el diagnóstico implica una clara psicogénesis, de modo que la indicación y el pronóstico pueden ser fundamentados.

Si la selección de pacientes adecuados para la técnica psicoanalítica estándar fue-se el único aspecto de importancia en la primera entrevista, parecería lógico que abordáramos de inmediato la terapia, es decir, el proceso psicoanalítico, de cuyo desarrollo depende el pronóstico. Pero las apariencias engañan; los estándares técnicos diseñados para el así llamado caso adecuado son criterios formales, quedando como tales fuera de la esencia y del contenido sustancial del proceso, y, posiblemente, incluso interfiriendo con él. Este es el motivo de que debemos considerar tantos aspectos diferentes en la descripción de la primera entrevista, y que tengamos que ver esta multiplicidad en el contexto de las tareas globales que deben ser atendidas. Con el trazado de algunas líneas de desarrollo queremos ampliar la perspectiva e iluminar la entrevista inicial desde ángulos diferentes, basándonos en nuestra actitud (*Einstellung*) psicoanalítica. Queremos destacar la importancia de la actitud del analista, por ejemplo, en la atención que presta a la transferencia, a la contratransferencia y a la resistencia; pues frecuentemente sucede que las

herramientas psicoanalíticas, en un sentido estricto, no pueden ser aplicadas, de manera que son esenciales la actitud del analista y su modo de manejar las comunicaciones del paciente. Fue así como sólo tardíamente se desarrolló una técnica de entrevista psicoanalítica específica, aunque ya tempranamente se hizo notar la influencia del psicoanálisis en la entrevista psiquiátrica en los Estados Unidos de Norteamérica y en la toma de la anamnesis en la medicina psicosomática alemana.

Nuestra meta en este capítulo es hacer justicia tanto a los requerimientos generales de la conducción de una entrevista como también a puntos de vista psicoanalíticos especiales. Ante todo, debemos familiarizar al lector con una amplia paleta de puntos de vista, debido a que si bien el modelo médico que posibilita hacer una indicación positiva fue adoptado por el método psicoanalítico estándar, difícilmente se encuentra en la práctica un analista (salvo en aquellos raros casos claros mencionados anteriormente) capacitado para llegar a una toma de decisiones segura en base a unas pocas conversaciones con el paciente.

No es sorprendente que aquellos casos que el analista, ya en la primera entrevista, consideró posible poder conducir aproximadamente de acuerdo con la técnica ideal normativa, sean pacientes apropiados para un análisis bajo condiciones estándares. Naturalmente, consideramos importante cómo los pacientes, por ejemplo, reaccionan frente a interpretaciones hechas a modo de prueba, debido a que, por razones obvias, estas respuestas permiten ganar buenos puntos de apoyo para su capacidad de insight y conciencia de sus conflictos. Mayor peso aún tiene la experiencia de que la reacción de los pacientes frente a interpretaciones de prueba y otras herramientas de diagnóstico psicoanalítico depende de una multitud de condiciones, por ejemplo, del ritmo (timing). Son muchos los factores que determinan el tiempo que un paciente necesita para familiarizarse con el tipo de diálogo psicoanalítico mantenido por este psicoanalista en particular (y el espectro es amplio) y que permiten a aquél comprender el sentido de las interpretaciones de prueba. En iguales condiciones, lo mismo vale para todos los criterios. Finalmente, nuestra convicción de que el modo de conducir la entrevista inicial debiera adaptarse a las circunstancias especiales de cada paciente en particular, se refleja en nuestra presentación.

## **6.2 El diagnóstico**

Las entrevistas diagnósticas preliminares servían a Freud para descartar las enfermedades somáticas y las psicosis. El campo de acción del método psicoanalítico parecía estar consideradamente más limitado por las circunstancias de un tratamiento ambulatorio, sin las posibilidades de una atención en régimen de internación, que por probadas restricciones en la



técnica. Freud, quien por lo demás nunca vaciló en tomar enfermos graves en análisis, consideró la posibilidad de atención hospitalaria transitoria en casos de emergencia, como un modo de extender la aplicación del método psicoanalítico (Freud 1905a). Tan pronto como se daban las condiciones preliminares elementales y se fijaban los honorarios y las horas de consulta, se ponía al paciente al corriente de la regla fundamental y comenzaba el análisis. Tanto en ese entonces como hoy en día, los factores psicosociales generales, como educación, edad y motivación, eran altamente relevantes. Freud trasladaba la anamnesis minuciosa de la vida del paciente hacia la primera fase del tratamiento; sus entrevistas iniciales eran cortas y concisas, como se puede deducir de la descripción de Freud de la primera entrevista con el hombre de las ratas (1909d, p.127).

Los pacientes de Freud estaban todos "en análisis"; después de renunciar a la hipnosis, no hizo distinciones entre distintas formas de terapia psicoanalítica: sólo existía su método psicoanalítico. Principalmente, trataba casos graves, pacientes incapaces de salir adelante en la vida, es decir, aquellos en los cuales y para los cuales se había desarrollado la terapia psicoanalítica (Freud 1905a, p.252).

El problema de la selección apareció sólo cuando la demanda sobrepasó a la oferta, tal como lo refirió Fenichel en el caso de la clínica del instituto de Berlín:

La desproporción entre el número de peticiones de consulta y el número de análisis posibles de emprender, hizo necesario un desagradable proceso de selección. Se sobreentiende que, en resumidas cuentas, se pusiera la atención sobre todo sobre las consideraciones vigentes para indicación de análisis. Junto a eso, el instituto impuso además dos condiciones para la aceptación de un paciente para tratamiento psicoanalítico: el caso debía servir para la investigación científica y para la docencia (Fenichel 1930, p.13).

La proporción entre el número de consultas y los tratamientos iniciados correspondía, en aquel entonces, aproximadamente a una relación de 2,5:1. La entusiasta actitud frente a la experimentación, que prevalecía en el instituto de Berlín en el momento de la toma de decisión de intentar un tratamiento psicoanalítico, queda de relieve en la alta proporción de análisis interrumpidos (241 de 721):

El número relativamente alto de análisis interrumpidos después de un corto tiempo se explica del siguiente modo: en la mayoría de estos casos la accesibilidad del paciente al análisis era dudosa desde el principio, pero, así y todo, eran sometidos a un "análisis de prueba", al término del cual el analista tenía que pronunciarse negativamente (Fenichel 1930, p.14).

El análisis de prueba servía para establecer una indicación diagnóstica más exacta, y desde un comienzo cargaba al paciente con la siguiente pregunta: "Si

al finalizar el análisis de prueba queda en claro que yo no soy un caso adecuado para análisis, ¿para qué tipo de tratamiento soy apropiado entonces?" Una pregunta tan obvia naturalmente remueve las profundidades existenciales del paciente, y podría quizás haber sido evitada si el análisis de prueba no se acordara expresamente, es decir, si el analista se guardara para sí este período de prueba, sin comunicarlo al paciente. Pero, este modo de proceder no se consideraba compatible con la actitud psicoanalítica. A esto se agrega el hecho de que un análisis de prueba sólo es válido como test de aptitud en el contexto de una técnica estandarizada que el mismo analista debía también aplicar más adelante. El comportamiento del paciente durante el análisis de prueba se observaba, entonces, desde el punto de vista de un determinado modo de entender las reglas. Sólo una minoría de los pacientes que hoy en día consultan en clínicas psicoanalíticas ambulatorias podrían ser juzgados como adecuados en un análisis de prueba conducido de acuerdo con la técnica ideal estandarizada. Es comprensible entonces por qué el análisis de prueba fue dejado de lado, ya que el rechazo al final de este período puede ser muy doloroso para el paciente si el veredicto es "inadecuado para el análisis" y no se lo mitiga o complementa con la sugerencia de una buena alternativa. La supresión del análisis de prueba ciertamente no resolvió el problema, sino que lo trasladó hacia la primera entrevista. Como señalaremos más adelante, la carga que recae sobre ésta se hace menos pesada, es decir, más llevadera para ambos involucrados, o posible de solucionar de una manera constructiva, sólo cuando se asume una postura flexible y adaptativa frente a la indicación, que llegue a transformarse en una actitud básica frente al diagnóstico y a la terapia. Pero antes que reemos resaltar el hecho de que los problemas que debían ser resueltos en la primera entrevista en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín, son los mismos que aún hoy día deben resolverse en todos los establecimientos clínicos ambulatorios. Las consultas psicoanalíticas privadas se encuentran menos afectadas en este sentido. Por esta razón, la mayoría de las publicaciones sobre primera entrevista surgen de experiencias que los analistas recopilan en instituciones. Podemos agregar que pocos institutos de formación psicoanalítica instruyen expresamente sobre técnicas de entrevista. A vuelo de pájaro, pueden distinguirse las siguientes líneas principales de desarrollo: en el diagnóstico general, el psicoanálisis se apoyó a lo largo de los años en el sistema nosológico de la psiquiatría. Los modelos diagnósticos de la medicina psicosomática se orientaron y aún hoy se orientan en torno a la sintomatología física. La primera entrevista psicoanalítica es una conquista relativamente tardía y se desarrolló en los grandes policlínicos ambulatorios. La actitud y el pensamiento psicoanalíticos ejercieron una gran influencia sobre la técnica de exploración psiquiátrica. Aunque en este punto, como en general en la historia, las asincronías pueden durar décadas hasta que la influencia interdisciplinaria sea reconocida, no hay duda de que el diagnóstico psiquiátrico sufrió un cambio con la asimilación del pensamiento psicoanalítico

por Bleuler (1910). Brill, Putnam y otros psiquiatras conocieron la técnica psicoanalítica en la escuela de Bleuler en Burghölzli, y ayudaron a difundirla en la psiquiatría de los Estados Unidos de Norteamérica, donde las ideas de A. Meyer sobre higiene social y psico-terapia ya habían pavimentado el camino (véase también Burnham 1967, p.18s). Ya desde los años treinta se pueden reconocer allí las influencias del pensamiento psicodinámico sobre la primera entrevista psiquiátrica. Los distintos pasos de este recorrido fueron reseñados por Gill y cols. (1954), cuya contribución importante fue la definición de la técnica de entrevista psicodinámica. Estos autores confrontan la exploración psiquiátrica tradicional con la "entrevista dinámica", que caracterizan de acuerdo a tres metas:

La primera meta es establecer una relación entre dos extraños, de los cuales uno es un profesional y el otro un ser humano que sufre psicológicamente y que a menudo hace sufrir a otros. Debe hacerse un serio intento de entender al paciente, de establecer un contacto humano cálido y una cierta apreciación mutua, indiferentemente de quién sea el terapeuta y el paciente. Todos los autores de publicaciones sobre entrevista han subrayado esto con lo que estamos básicamente de acuerdo. La segunda meta es la evaluación de la situación psicosocial del paciente. La tercera meta consiste en apoyar, siempre que sea adecuado, el deseo del paciente de emprender una terapia, y en planificar, conjuntamente con él, los pasos siguientes (Gill y cols. 1954, pp.87-8; cursiva en el original).

En este esquema, el diagnóstico psiquiátrico es incluido en la evaluación (appraisal) de la situación psíquica general y corresponde a lo que Balint (1961) denominó diagnóstico total. El que Gill y cols. (1954) incluyan en el ámbito de las tareas de la primera entrevista el generar y desarrollar apoyo al paciente en función del ulterior tratamiento, marca, a nuestro parecer, un paso fundamental en el camino que va desde la entrevista meramente diagnóstica hasta la intervención terapéutica.

La manera como Sullivan (1953) concibió la psiquiatría, o sea, como una "teoría interpersonal", puso un gran énfasis en el aspecto de la relación, es decir, en la interacción. Queda abierta la pregunta de si Sullivan fundó una verdadera psico-terapia interpersonal, como lo afirman Greenberg y Mitchell (1983), o si más bien retornó a un esquema orientado básicamente a lo intrapsíquico, como lo critica Wachtel (1982). La respuesta a esta pregunta depende, finalmente, de cómo se entienda, y se realice en la práctica, la participación del analista como observador.

En los años cincuenta, las estrategias de entrevista orientadas psicodinámicamente fueron objeto de distintas elaboraciones. Estas elaboraciones buscaban desarrollar técnicas de entrevista capaces de ser sistemáticamente enseñadas y aprendidas, necesidad que surgió a causa de la gran recepción del psicoanálisis por parte de la psiquiatría norteamericana (véase Cantor 1957). En este

contexto didáctico surgió también la concepción de Deutsch de la anamnesis asociativa:

El método de la anamnesis asociativa consiste en registrar, no sólo lo que el paciente dijo, sino también cómo proporcionó la información. Es decir, lo importante es, no sólo que el paciente comunique sus malestares, sino también captar en qué fase de la entrevista y en qué contexto el paciente trae a colación sus ideas, quejas y recuerdos, en relación a sus malestares corporales y psíquicos (Deutsch y Murphy 1955, tomo 1, p.19).

Así, se hace presente el punto de vista centrado más en la dinámica de los sucesos que en la exploración y en la descripción psicopatológica misma, sin acentuar de-masiado los componentes de la relación, sino usándolos para crear una situación de exploración. Vale la pena revisar los distintos intentos de integración entre psi-quiatria y psicoanálisis, en las diversas exposiciones sobre técnicas de primera en-trevista psiquiátrica, que, por ejemplo, ofrecen los manuales de Redlich y Freed-mann (1966), Kind (1973), Monroe (1978) o Gomberoff y Jiménez (1982), y ob-servar como cada técnica mezcla, en distintas proporciones, elementos de des-cripción psicopatológica y análisis de la interacción.

La "entrevista estructural" de Kernberg (1977, 1981, 1984) es un buen ejemplo de la que podría ser llamada la "segunda generación" en lo que se refiere a la histo-ria de la evolución de la primera entrevista orientada psicodinámicamente. Kern-berg intenta llevar el funcionamiento psíquico general del paciente y la historia personal de su enfermedad a la relación directa del paciente con el entrevistador, es decir, al aquí y ahora de la interacción. Las instrucciones técnicas de Kernberg recomiendan un procedimiento circular. El volver permanentemente a los pro-blemas y síntomas del paciente permite precisar, por un lado, el estado psicopa-tológico y, por el otro, considerar la relación médico-paciente bajo una mirada psicoanalítica. Esta doble mirada posibilita que el entrevistador ofrezca al paciente, eventualmente, desde interpretaciones aisladas hasta, a veces, interpretaciones transferenciales. El objetivo principal de este procedimiento circular es la clarificación de la integración de la identidad del yo, versus la difusión de identidad, la calidad de los mecanismos de defensa (mecanismos de defensa "maduros", versus "inmaduros") y la presencia o ausencia de juicio de realidad. Estos tres indicadores permiten diferenciar, en un sentido estructural, las estructuras de personalidad neuróticas, las fronterizas (borderline) y las psicóticas. Estas últimas pueden apa-recer como psicosis funcionales ("endógenas") o como psicosis de base somática ("exógenas"). El entrevistador intenta recolectar material mediante la clarificación, la confrontación y la interpretación en forma simultánea, para obtener información que permita elegir y planificar un tipo de terapia, y para fundamentar un pro-nóstico. Debe preocuparse especialmente de obtener una impresi-ón de la motiva-ción del

paciente, de su capacidad de introspección y de establecer una alianza de trabajo, como también de su tendencia a actuar y del peligro de una descompensación psicótica.

En ciertos casos, al paciente neurótico se le interpretan conexiones inconscientes; al paciente fronterizo, en cambio, se lo confronta con escisiones en la representación de sí mismo. De las reacciones del paciente se pueden sacar conclusiones que ayuden al terapeuta a tomar decisiones en función del diagnóstico y del ulterior tratamiento.

El diagnóstico diferencial estructural sigue el sistema nosológico de la psiquiatría con sus tres grupos fundamentales, es decir, las neurosis, las psicosis endógenas y las exógenas. Además de estos grupos, Kernberg agrega el de los trastornos fronterizos, como una cuarta categoría independiente. El hilo conductor de la entrevista, que Kernberg concretiza a través de ciertas preguntas en las fases inicial, intermedia y final, sigue -a pesar de un estilo cíclico de conversación- el concepto psiquiátrico fenomenológico de poner la atención primeramente en las psicosis de base somática, luego en las psicosis "funcionales", para sólo entonces fijarse en los trastornos de tipo fronterizo y en las neurosis. Mediante el uso de términos tales como "diagnóstico", "exploración" y "síntomas cardinales", Kernberg prueba estar firmemente con un pie en la psiquiatría descriptiva.(1) La actividad estructuradora del entrevistador pasa a formar parte de la interacción. En este sentido, se da por supuesto que para obtener una necesaria ganancia en información al servicio de una precisión diagnóstico-diferencial es necesario conformarse con cierta restricción en el desarrollo espontáneo que la relación médico-paciente podría cobrar si el entrevistador interviniera menos activamente. La "entrevista estructural" prueba ser, sin embargo, una mezcla equilibrada entre descripción psicopatológica y análisis psicodinámico de la relación. De esta manera, hace justicia a las tareas diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de la primera entrevista. Además cubre, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, un amplio espectro de enfermedades psiquiátricas, lo que es especialmente útil en el caso del profesional que recibe, en el consultorio o en el hospital, pacientes no seleccionados previamente. El proceso de preselección es responsable, entre otras causas, de que el analista trate, casi exclusivamente, pacientes neuróticos. Según nuestro parecer, Kernberg ha logrado con su sistematización una buena síntesis de las distintas funciones de la primera entrevista (para una evaluación crítica, véase Cierpka, Jiménez, Kächele y Buchheim 1987).

Si se considera que casi todos los psicoanalistas norteamericanos tienen formación psiquiátrica previa, se hace más comprensible que la primera entrevista psicoanalítica no aparezca como un tema especialmente importante en el programa formativo llevado a cabo en los institutos analíticos norteamericanos (Redlich y Freedmann 1966).

En Latinoamérica, en cambio, la teoría y la práctica de la primera entrevista se desarrollaron en el intercambio entre las instituciones universitarias y

hospitalarias y los grupos psicoanalíticos. La elaboración de la teoría de la primera entrevista está definitivamente marcada por los trabajos de J. Bleger (1971), quien prefiere hablar de entrevista psicológica, como un concepto más amplio que engloba tanto la entrevista psiquiátrica como la psicoanalítica. Sus ideas permitieron, al igual que la concepción de Balint, aplicaciones en diversos campos de la psicología y de la medicina; por ejemplo, el desarrollo de técnicas de interconsulta hospitalaria (véase Ferrari, H. y cols. 1971). Para Bleger, la entrevista psicológica configura un campo (interpersonal e intersubjetivo), lo que significa que "entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece" (p.14, citado por Etchegoyen 1986, p.60). Esta afirmación pone a Bleger en la tradición de la concepción diádica y operativa de la relación analítica. En este aspecto, la concepción de Bleger se acerca bastante a la de Balint, lo que quizás explique por qué la influencia de este último en Argentina no sea importante como en Alemania: el psicoanálisis argentino ha tenido teóricos creadores propios que han desarrollado las concepciones diádicas de manera original.(2)

En forma muy simplificada podríamos decir que el enfoque y el pensamiento psicoanalíticos influenciaron las técnicas de entrevista psicodinámica, las que a su vez influyeron en la práctica psicoanalítica. En el marco de estas influencias recíprocas, existen determinados puntos nodales, que caracterizan las tareas básicas de la entrevista inicial. En la siguiente tipificación somos conscientes de que nuestro énfasis, puesto en determinados aspectos, exagera artificialmente las diferencias respectivas.

En primer lugar nos dedicaremos a la anamnesis biográfica, ya que el problema de la relación entre la historia de vida del paciente y sus síntomas actuales aparece en toda primera entrevista. Si se quiere llegar desde la situación desencadenante (dicho psicoanalíticamente: desde la situación de intento y de fracaso) hasta la clarificación de la psicogénesis en el sentido freudiano de las series complementarias, es entonces indispensable saber algo sobre la historia de la infancia. Pero, para poder comprender estos datos en su relevancia emocional potencial es indispensable incluirlos en una psicopatología del conflicto, es decir, en una teoría estructural y de la personalidad, en su sentido más amplio. En este punto, hay que dejar en claro, no obstante, que una de las raíces de la primera entrevista psicoanalítica se remonta hasta los intentos de sistematización de la teoría de la terapia, llevados a cabo en los años veinte y treinta. Finalmente, llegaremos al esquema interaccional de entrevista que desarrolló Balint en la clínica Tavistock bajo el influjo de la psicología de las relaciones de objeto y de la significación del intercambio entre médico y paciente en el aquí y ahora.

Los comienzos de la medicina psicosomática en Heidelberg, después de la segunda guerra mundial, estuvieron muy determinados por la pregunta de von Weizsäcker (1943): "¿Por qué surge ahora una enfermedad y por qué aparece precisamente aquí, en este órgano o en este sistema?" Thomä (1978) describió la evolución de la técnica de entrevista de la "anamnesis biográfica", que se

asocia a esta pregunta, y su posterior desarrollo en el "historial sistemático del enfermarse":

El objetivo central de la "anamnesis biográfica" (véase Ruffler 1957) era iluminar la situación de vida del paciente al momento de hacer su aparición los síntomas, y describirla con precisión, lo que se buscaba a través de preguntas. ... Además, la "anamnesis biográfica" no tenía primariamente un objetivo psicoterapéutico, o sea, el logro de cambios, sino que su meta era el diagnóstico del pasado. En esta técnica de anamnesis, la relación médico-paciente, o su expresión específica en la transferencia y la contratransferencia, no recibía especial consideración (Thomä 1978, p.254).

Las relaciones temporales entre la situación actual del paciente, los sucesos previos en su vida, el origen de sus síntomas, o la variable intensidad de sus dolencias, conforman naturalmente el punto de partida para las técnicas de entrevista más o menos sistematizadas. La tríada, "pérdida objetal, desesperanza y desamparo", descrita por Engel y Schmale (1969), que puede ser observada en diversas enfermedades, constituye el trasfondo teórico para el tipo de diálogo sugerido por Engel (1962). Adler (1979, p.329) describe el método de Engel como una técnica para la toma de la anamnesis, que pone al médico en una situación tal, en virtud de sus conocimientos de psicología evolutiva y de teoría de las neurosis, que puede integrar al momento los datos psíquicos, sociales y somáticos y reconocer su significación.

En general, se puede sostener que la utilidad terapéutica de estas técnicas de entrevista estructuradoras, que buscan información y ofrecen insight, está determinada ampliamente por la manera como son aplicadas. Si mediante la señalización de desarrollos conflictivos típicos en su vida, se logra mostrar al paciente algo de la dinámica latente y de sus conexiones, este método posibilitará un acceso, en particular para aquellos pacientes quienes, de otra forma, no lograrían una introspección directa de la psicogénesis de sus síntomas.

En esta técnica, el diagnóstico se apoyaba en una teoría de la neurosis más o menos bien consolidada y la conducción práctica del diálogo se orientaba en la técnica de tratamiento psicoanalítica, tal como fuera sistematizada en los años veinte y treinta. A este respecto fue decisiva la experiencia ganada en las clínicas ambulatorias psicoanalíticas. El policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín exigía mucho de la habilidad diagnóstica de los analistas tratantes, y se hizo necesario hacer comparables los hallazgos. La docencia y la investigación promovieron el desarrollo de la sistematización. En este punto, los primeros trabajos de Alexander son ejemplares. Su investigación posterior sobre especificidad en medicina psicosomática, realizada en el instituto psicoanalítico de Chicago, no hubiese sido posible sin un modelo de entrevista centrado en el diagnóstico (Alexander 1950).

La llamada "anamnesis intencionada" de Schultz-Hencke (1951), que buscaba el diagnóstico de las situaciones de intento y fracaso que desencadenan los síntomas, descuidaba el aspecto de relación y de transferencia de la primera entrevista. Las situaciones de intento y fracaso desencadenantes de síntomas, que Freud (1916-17) había introducido en la práctica y en la terminología del psicoanálisis, las refirió Schultz-Hencke a la teoría del conflicto y estructural elaborada por él. El posterior desarrollo de esta técnica de entrevista fue descrita en detalle por Dührssen (1972, 1981) como "anamnesis biográfica". En los últimos años, han disminuido las esperanzas de que seamos capaces de identificar constelaciones conflictuales típicas y altamente características, como las que fueron discutidas por Alexander y French (1946) bajo el término clave de "hi-pótesis específicas". La variabilidad de los patrones conflictivos psicodinámicos y su conexión más bien laxa con el cuadro clínico, en el sentido de la "inespecificidad" (Thomä 1980), han relativizado los componentes diagnósticos de la primera entrevista.

El modelo de la clínica Tavistock, en estrecha relación con la labor de Balint, acentúa la relación terapéutica en el aquí y ahora, es decir, la unidad funcional de transferencia y contratransferencia. Este modelo fue introducido por Mitscherlich, a fines de los años cincuenta, en la clínica psicósomática de la universidad de Heidelberg, donde probó ser enormemente productivo, debido a que desde el comienzo mismo del diálogo fija la atención del analista sobre los procesos actuales de intercambio entre éste y el paciente (Künzler y Zimmermann 1965). Algunos puntos importantes a considerar detenidamente al momento de hacer un resumen escrito sobre el diálogo sostenido, son:

Desarrollo de la relación médico-paciente

1. ¿Cómo trata el paciente al médico? ¿Hay algunos cambios en este aspecto? ¿Permite este punto sacar conclusiones sobre hábitos de conducta o sobre una relación con su enfermedad?
2. ¿Cómo trata el médico al paciente? ¿Algún cambio durante la entrevista?
  - a) ¿Se interesa el médico en el problema del paciente?
  - b) ¿Tiene el médico la sensación de poder hacer algo por él?
  - c) ¿Tomó nota de alguna cualidad humana que apreció, a pesar de todos los defectos del paciente?

La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes

Aspectos terapéuticos

Momentos importantes en la entrevista

En este punto se pone la atención en el desarrollo de los sucesos al interior de la entrevista, es decir, en los efectos de la transferencia y de la contratransferencia.

1. Comunicaciones sorprendidas o expresiones emocionales del paciente, actos fallidos etc., exclusiones obvias de ciertos períodos de vida o de personas de su entorno, o cosas por el estilo.



2. ¿Qué interpretaciones fueron dadas a lo largo de la entrevista y cómo reaccionó el paciente?

#### Hallazgos y evaluación

1. ¿Cómo se expresa el trastorno en la vida del paciente? (enumeración de los síntomas que se revelaron durante la entrevista, incluso aquellos que por el momento el analista vagamente sospecha).
2. Probable significado del trastorno, expresado en términos psicodinámicos.
3. Elección de terapia:
  - a) Adecuación para una terapia corta (psicoterapia focal); argumentos a favor.
  - b) Eventuales argumentos en contra.
  - c) Adecuación para un análisis; fundamentación.
  - d) Rechazo de cualquier forma de psicoterapia; fundamentación.
  - e) Otras formas posibles de tratamiento
4. Próximas metas: ¿Qué síntoma considera el médico como esencial, cuál piensa tratar en primer lugar? ¿Cómo podría afectar el tratamiento de este síntoma a los demás? Consideraciones acerca de la duración y frecuencia del tratamiento.

En la sección siguiente quedará más claro aún cómo el espíritu del modelo de Balint influyó en la comprensión del aspecto terapéutico de la primera entrevista. A pesar de que el origen de este modelo -tanto en su forma inicial (Balint y Balint 1961, pp. 69-70; Balint y cols. 1972, pp.19-20), como en una forma modificada- es para muchos desconocido, en muchos lugares llegó a constituirse en el modelo guía para una concepción terapéutica de la primera entrevista.

### **6.3 Aspectos terapéuticos**

La introducción del modelo de la clínica Tavistock cambió la concepción de la entrevista inicial: el psicoanálisis fue incorporado a la entrevista como un método terapéutico y el diagnóstico se subordinó a la terapia. Quizás deberíamos ser más cuidadosos, y decir que la función terapéutica y diagnóstica de la primera entrevista fueron ahora considerados como del mismo rango. Nuestra discusión sobre este cambio cualitativo la basamos en la obra de Balint. Aunque ciertamente muchos otros analistas han contribuido a que la función terapéutica de la primera entrevista sea adecuadamente considerada en el primer encuentro entre médico y paciente, tenemos buenas razones para concentrarnos en Balint, ya que, en el campo de la estructuración de la entrevista, su influencia entre los analistas alemanes es particularmente fuerte. El énfasis puesto en la tarea terapéutica crea precisamente esa flexibilidad que nosotros consideramos esencial, si se quiere alcanzar una postura adaptativa frente a la indicación. El hecho de que este estilo de

entrevista fuera originalmente desarrollado para una forma especial de terapia, es decir, para la terapia focal, en nada reduce su utilidad para el psicoanálisis en general. Por el contrario, que en corto tiempo se logre llegar a soluciones genuinas de algunos problemas, es el criterio más seguro para pensar que conflictos más amplios y profundos podrán alcanzarse, de una manera terapéuticamente útil, en terapias más prolongadas.

A decir verdad, difícilmente otro factor ha tenido una influencia mayor sobre la conducción analítica del diálogo que la técnica de entrevista desarrollada en el marco de la terapia focal. Las consideraciones de Balint a menudo se dirigen igualmente al médico y al psicoanalista; esto subraya la amplia naturaleza interaccional de la entrevista, que puede extenderse hasta cubrir muchas situaciones diferentes. Sin embargo, un asunto central es la observación del proceso bipersonal, que Balint recalca como importante para comprender la historia de vida del paciente. La concepción de la psicología bipersonal significa que el analista crea una relación entre lo que el paciente relata y el modo como se comporta en la situación analítica, utilizando luego diagnóstica y terapéuticamente esta relación. Correspondientemente, el resultado de la investigación depende del modo como el analista se comporta en esta relación profesional y de los conocimientos que de ella extrae. En último término, únicamente lo que el paciente aporta puede ser usado en el diagnóstico, aun cuando estos aportes deban ser entendidos en un sentido amplio, como "la suma total de las reacciones del paciente frente a un médico en particular, en un momento particular y en un encuadre particular" (Balint y Balint 1962, p.167). Esta situación coloca al médico y al psicoanalista en una situación teórica interesante, pero que en la práctica es difícil de resolver. La diferenciación entre la función y la tarea por resolver conduce a esta versión unilateral de interacción. Desde el punto de vista técnico, la relación de objeto en desarrollo se entiende determinada predominantemente por las necesidades internas del paciente de tal relación de objeto (véase Beckmann 1974).

El mensaje de fondo de los escritos de Balint, dirigidos a los médicos en general, y que también recibieron los psicoanalistas, es que se debe hacer el intento de utilizar "el potencial del paciente para iniciar y mantener una relación humana interpersonal" (Balint y Balint 1962, p.183) como un criterio para tomar decisiones. La recepción del ideario de Balint hizo posible que la primera entrevista, como situación psicoanalítica, fuera estructurada de múltiples maneras y aplicada en muchos campos profesionales diferentes (Junker y Waßner 1984). La reflexión sobre los parámetros de una entrevista, que necesariamente surge en cada caso individual, permitió simultáneamente un desarrollo innovativo que contribuyó a que la primera entrevista pudiera desarrollarse en diversos tipos y configuraciones (visita domiciliaria, consulta con el médico de familia, consulta de orientación psicoanalítica, etc.). Las entrevistas sin acuerdo previo, como fueron introducidas en el Instituto Sigmund Freud (Frankfurt), originalmente por razones meramente prácticas, crearon en forma imprevista situaciones nuevas que demostraron hasta qué

punto el contenido de una primera entrevista está determinado por las condiciones bajo las cuales ésta se realiza (Argelander y cols. 1973). Este tipo de entrevista está dirigido a pacientes en apuro; el analista atiende al paciente en el momento de crisis, donde las posibilidades terapéuticas se encuentran circunscritas y limitadas. La oportunidad de prestar ayuda terapéutica en un plazo reducido -aná-logamente a un médico general- y así crear posiblemente una atmósfera de confianza conducente a un análisis posterior, es poco acostumbrada para el analista, pero quizás por eso mismo importante. En todas partes donde los analistas se reservan tiempo libre para también ofrecer consultas de tiempo limitado -sea en el propio consultorio privado, o, lo que es más habitual, en las instituciones- se abre un mundo de nuevas posibilidades. Los pacientes que se aprovechan de esta oportunidad en su mayoría son aquellos que no encajan con los márgenes rígidos de una consulta psicoanalítica. Por esto mismo contribuyen a enriquecer el bagaje de experiencia del analista.

Mientras más largo sea el tiempo de espera para una primera entrevista psicoanalítica, mayor será la selección de pacientes que el analista eventualmente llegará a ver. Respecto a esto, hay que considerar dos aspectos desde el punto de vista psicodinámico: por un lado, con el primer paso que el paciente da al pedir una hora, se crea ya una situación terapéutica, en la que él ensaya, en su fantasía consciente e inconsciente, modelos transferenciales preexistentes sobre el analista aún desconocido. Por otro lado, la resistencia inconsciente del paciente se ve inevitablemente reforzada a causa de la frustración de la espera. Los tests y cuestionarios previos a la primera entrevista, generalmente llevados a cabo en instituciones, conducen a una situación de estrés para el paciente, y le crean expectativas comprensibles; de modo que él llega tenso a la entrevista inicial, esperando del analista a menudo más que lo que éste está en situación de ofrecer. Es indispensable llevar tempranamente a la discusión con el paciente el tema de las distintas expectativas que surgen de los diferentes encuadres, en las instituciones y en los consultorios particulares de los analistas.

Diferencias adicionales en las expectativas puestas en la primera entrevista surgen de las disponibilidades de tratamiento, que cambian de un lugar a otro y que a menudo no son familiares al paciente. Para evitar desilusiones, la preparación adecuada sobre las metas que la conversación puede alcanzar, es un primer paso importante en la fase introductoria de la entrevista (recomendación 1). La entrevista es una situación inusual para el paciente y muchas de las conclusiones erradas que se deducen de su comportamiento en ella surgen de una preparación inadecuada. Esto queda claro, por ejemplo, en la crítica que Cremerius hace sobre la técnica de entrevista y la estructuración de la situación de entrevista empleada por la escuela psicósomática psicoanalítica francesa (Cremerius 1977a).

El conocimiento previo sobre psicoanálisis de pacientes cultos y de aquellos con poca educación (Cremerius 1977a) varía tan considerablemente, que el

modo de conducir la conversación tiene que ajustarse a este hecho. Un ejemplo oportuno sobre la interpretación errónea del psicoanalista del conocimiento previo del paciente lo presenta Schröter (probablemente en forma no intencional), en su ensayo sobre las reacciones específicas frente al proceso de tratamiento y la distancia social hacia el analista: "Pareciera sin embargo ser así, que los pacientes de clases inferiores se irritan típicamente más que otros pacientes por las características especiales del diálogo psicoanalítico" (1980 p.60).

Nos parece desconcertante que un autor con entrenamiento sociológico postule una forma normal de diálogo psicoanalítico que pareciera no admitir las variaciones existentes en las condiciones diarias en las cuales tienen lugar las comunicaciones del paciente. No podemos dejar pasar la rigidez de pensar que el inconsciente sólo es accesible por la vía de un diálogo psicoanalítico orientado según el estándar de la clase media alta, de la "upper middle class", particularmente cuando tenemos buenos ejemplos de cómo orientar la conducción de la entrevista de acuerdo a las potencialidades del paciente (Deutsch y Murphy 1955).

Nos parece más provechoso estudiar las recomendaciones de Balint concernientes a las condiciones necesarias para una entrevista exitosa (Balint y Balint 1961, pp.187-8), que trataremos de resumir a continuación. La recomendación 1 (véase anteriormente), que se refiere a la importancia de una adecuada preparación para la conversación, es particularmente relevante en atención a las diferencias de expectativas sociales del paciente. La recomendación 2 es crear y mantener una atmósfera apropiada para que el paciente pueda abrirse lo suficiente, de modo que el terapeuta sea capaz de entenderlo. Esta es una prueba de la capacidad del terapeuta de una activa empatía para ajustarse a cada paciente nuevo. Las dificultades también son en este punto inevitables y exigen una reflexión continuada del aporte del analista sobre la evolución del diálogo. Los Balint recalcan esto, señalando que un médico que intenta apaciguar al paciente tan pronto como ve que éste se siente bajo presión, obtiene un material de naturaleza distinta que otro que sólo escucha pasivamente y deja que el paciente se "cocine a fuego lento", o que entrega a éste el manejo de la entrevista.

Por tal motivo, las afirmaciones sobre un paciente deben incluir siempre información sobre los parámetros situacionales creados por el entrevistador, quien ha actuado como "estímulo" sobre el paciente, en el sentido que Balint da a la palabra (recomendación 3).

Es muy importante que el psicoanalista tenga alguna idea acerca del desarrollo posterior de la relación, antes de que comience a moldearla en la entrevista. El plan concreto de la entrevista (recomendación 4) depende de si se tiene ya en vista un desarrollo posterior de la relación de entrevista en una relación terapéutica, o, si en cambio, desde un comienzo se tiene la certeza de que con este único encuentro se acaba por el momento la relación, ya sea porque se incluirá al paciente en la lista de espera o porque será derivado a otro colega.

En este punto queremos interrumpir la exposición de las recomendaciones de Balint para decir algo sobre las entrevistas de derivación, es decir, sobre aquellas entrevistas que, desde un principio y por diversas razones, tienen como meta la indicación de un tratamiento que no será llevado a cabo por el analista que entrevista, sino por algún colega que éste recomienda. Estamos totalmente de acuerdo con las recomendaciones de Liberman (1972), según las expone Etchegoyen en su libro de técnica (1986, pp.73ss). La situación que éste último describe en Argentina es también válida para Alemania: habitualmente los analistas no se dan el trabajo de establecer contacto previamente con el posible terapeuta, para saber si éste está dispuesto, en principio, a recibir un paciente derivado. Creemos que entregar una lista de analistas es una falta de ética profesional, una falta de respeto al paciente y al eventual analista, si es que no un signo, casi directo, de agresión a ambos. Nosotros agregamos, además, razones propiamente técnicas, en el sentido de nuestra adhesión al punto de vista diádico: creemos que los factores relativos a la persona del analista también son relevantes en la indicación de un tratamiento. En esto no estamos de acuerdo con Etchegoyen, aunque podemos suponer que él se preocupa de que el colega sea "el mejor analista" (p.52). En lo que sí estamos de acuerdo, es que una entrevista de derivación se desarrolla en un terreno complejo, "ya que debemos obtener de ella una información suficiente para sentar una indicación y, al mismo tiempo, evitar que el entrevistado se ligue demasiado a nosotros, lo que puede poner en peligro nuestro propósito de mandarlo a un colega" (p.74).

La duración de una entrevista es otro de aquellos parámetros que se encuentran determinados tanto por las necesidades prácticas externas como por las complejidades de la interacción. Por un lado está la curiosidad científica y emocional del terapeuta y, por el otro, su necesidad de seguridad, lo que conduce a grandes diferencias en la configuración de las entrevistas. Uno de los problemas prácticos, que a menudo no es tomado en cuenta, es el de la falta de información del paciente sobre la duración de la entrevista. Después de todo, la entrevista inicial frecuentemente sigue a una serie de consultas breves y a menudo desilusionantes con otros profesionales. ¿Cómo podría saber el paciente que ahora puede contar con una duración de al menos 45 minutos, y con la seguridad que esto implica? Otro asunto que debe ser considerado es el problema de si el paciente debe ser informado sobre la posibilidad de un segundo encuentro, directamente al comienzo de la entrevista, o si esto debe ser decidido al final, como resultado de lo revelado por la entrevista.

Al revés, nosotros creemos que es indispensable que los analistas, sobre todo aquellos que se están iniciando en técnicas de entrevista, se den un marco fijo para la configuración de la entrevista, evitando realizar una cantidad indeterminada de sesiones correspondientes a su propio grado de inseguridad personal (recomendación 5).

Todos estos detalles técnicos, cuyos pros y contras se debaten apasionadamente, pertenecen al área que Balint intentó abarcar con el concepto de técnica de entre-vista elástica. Con esto, sugiere que el analista debe ser capaz de reaccionar di-ferenciadamente frente a los diferentes pacientes y que no debe permitir dejarse restringir por estereotipias tales como la comprensión tradicional de la contra-transferencia (recomendación 6). Podemos hablar de capacidad para la contratrans-ferencia, cuando el analista reconoce la contratransferencia y la puede usar para efectos diagnósticos útiles (véase Dantlgraber 1982). La pregunta decisiva es: ¿Respecto de qué debe probar su valor esta flexibilidad? También aquí la pareja Balint se dirige directamente hacia los problemas para los cuales no existe una res-puesta de aplicación universal, sino que deben resolverse sobre una base indivi-dual: "¿Es aconsejable, o deseable, que una consulta se restrinja a nada más que a una investigación diagnóstica, o podría incluir algún tipo de terapia, como, por ejemplo, tal vez una forma muy mitigada de psicoanálisis?" (Balint y Balint 1961, p.195). Somos de la opinión que el paciente debe experimentar en la entrevista inicial lo que un tratamiento puede llegar a significar para él; esto ciertamente ya es una experiencia terapéutica en sí misma. Pero, ver la entrevista inicial como un modelo de la terapia es una pretensión que no puede ser satisfecha. La entrevista debe ser conducida de tal manera que el paciente pueda tomar, en base a su expe-riencia en la primera entrevista, él mismo una decisión, si es que desea someterse a un tratamiento psicoterapéutico y si es capaz de superar los problemas inevita-blemente asociados con su realización. Este esquema libera al paciente de su rol pasivo. Aunque algo de trabajo diagnóstico exploratorio es indispensable y no de-biera ser evitado fóbicamente, la meta de la entrevista psicoanalítica es, después de todo, descubrir lo que le sucede o le sucedió interiormente al paciente y cómo él mismo contribuyó a su destino. Esta meta puede ser alcanzada a través de una técnica apropiada, como, según nuestra opinión, la ha descrito, en forma clara y empática, Rosenkötter:

Cuando un paciente consulta un psicoterapeuta debido a síntomas neuróticos u otras dificultades de la vida de origen psíquico, el primer contacto entre ambos no se desenvuelve, en lo fundamental, de otro modo que en otras consultas médicas; el paciente habla de sus problemas y el terapeuta intenta averiguar lo máximo posible acerca de la aparición y la prehistoria de éstos, así como sobre la historia de vida del paciente en general, con el objeto de hacerse una idea sobre la indicación y el pronóstico del tratamiento; la experiencia profesional y la habi-lidad para la comprensión empática influyen de manera nada despreciable en esta situación. El terapeuta tiene que darse el tiempo suficiente, para permitir al pa-ciente un acceso espontáneo e independiente al diálogo; debe acompañar y com-pletar cuidadosamente el relato del paciente con preguntas pertinentes, procurando tener una actitud neutral y reservada. Debe evitar interrogatorios dirigidos, juicios categóricos e instrucciones, que tienden

a llevar al paciente, en general, a adoptar una actitud de expectación pasiva y mágica hacia el médico (1973, p.989s).

Los comentarios de los Balint sobre la primera entrevista, relevantes tanto para el analista como para la psicoterapia en consultas médicas, fueron retomados por Argelander. En una serie de trabajos (Argelander 1966, 1967, 1970; Argelander y cols. 1973), se dedica a considerar la interacción entre paciente e investigador:

Al psicoterapeuta experimentado, la afirmación de Balint le dice que toda entrevista también debe ser entendida como una situación analítica y marcada por momentos específicos de transferencia hacia este entrevistador y hacia este medio ambiente, en este preciso instante. Las muy variadas comunicaciones del paciente -como la información verbal, el comportamiento mostrado, ideas inducidas en el entrevistador, etc.- se agrupan alrededor de, o, dicho en forma más precisa, cris-talizan en esta relación bipersonal, el corazón del examen, como lo llamó Balint. Desde este centro de acción, ellas reciben una disposición que conduce a que el problema del paciente se despliegue de una manera característica frente a los ojos de este entrevistador (1966, p.40).

Estos puntos de vista, tematizados ya en su primer trabajo, Argelander los varía y elabora en sus siguientes investigaciones. Llevando las tesis de Balint a una agudización de ellas mismas, describe la entrevista como "una situación analítica en la cual usamos nuestro instrumental psicoanalítico también con fines diagnós-ticos" (Argelander 1966, p.42). Aunque se da por supuesto que el instrumental psicoanalítico se adapta a las estructuras externas especiales de esta situación analítica restringida desde el comienzo (pues debe mantener su sintonía con la realidad actual y con los procesos cercanos al yo), esta técnica de entrevista exige a menudo más de lo que analista y paciente pueden dar de sí mismos. Argelander distingue dos campos de experiencia, que intenta poner en relación: el registro de hechos objetivos y el desarrollo de la experiencia subjetiva durante la entrevista (véase Argelander 1967).

La fusión de estos dos ámbitos de experiencia, donde el ámbito objetivo queda subordinado al subjetivo, constituye el acceso específicamente psicoanalítico a la situación límite. La observación de la conducta, la interrogación sobre información "objetiva", y una forma específica de percepción, que se entiende como un comprender empático de las relaciones de objeto inconscientes, caracterizan los tres pasos importantes en esta concepción. Con la tercera función se quiere dar a en-tender precisamente la comprensión de los eventos en el marco del proceso, como el que tiene lugar en los análisis prolongados: De la experiencia psicoanalítica sabemos que los transcurso psíquicos internos se proyectan (hacia afuera) en una relación de objeto y pueden ser percibidos y experimentados subjetivamente en ésta. Por esta razón, en esta situación de primera entrevista le damos la oportunidad al paciente de iniciar una relación de

objeto, dejando que la forma, el contenido y la dinámica de las relaciones sean determinadas por su personalidad individual específica. Su espontaneidad queda de este modo plenamente salvaguardada. Nuestra apariencia, edad, sexo, carácter, temperamento, etc., son factores situacionales concretos que estimulan al examinado a transferir sobre el examinador sentimientos internos preexistentes, expectativas, conflictos, representaciones y fantasías (Argelander 1967, p.431).

Esta "teoría transferencial" de la primera entrevista debe su indiscutible atractivo a que, según ella, el laborioso y lento discurrir del entendimiento mutuo y de la comunicación del proceso psicoanalítico, pueden ya, en apariencia, ser captados en una primera aproximación, durante el primer encuentro, o sea, en la primera entrevista.

En la elaboración posterior de esta posición, Argelander (1970) delimitó las tres vertientes de información, que él llama objetiva, subjetiva y escénica. Esta separación es, como él mismo confiesa, algo caprichosa pero operativa en la práctica. "En la información escénica predomina la vivencia de la situación con todos sus vaivenes emocionales y los desarrollos de la representación..."(1970, p.14). El entendimiento específico que se alcanza en el reconocimiento escénico, tuvo su adiestramiento y perfeccionamiento a través del trabajo realizado por grupos-Balint, y en discusiones de casos de consultas (Argelander y cols. 1973). Las experiencias allí acumuladas subrayan que, por lo general, en una entrevista se acumula material en forma relativamente rápida, "con el objeto de llevar adelante la percepción analítica y el pensamiento analítico hasta una base operacional" (p.1004). La experiencia de los grupos-Balint fue confirmada por el encuadre de las consultas, que, a pesar de ser distinto, presenta una estructura parecida respecto a la brevedad de las entrevistas. A pesar de la muy positiva respuesta de los analistas germanoparlantes al modelo de Argelander sobre primera entrevista, no se toman en cuenta sus propias advertencias e indicaciones autocríticas: "El ejercicio del entendimiento escénico debe servir para valorar más seriamente los procesos de percepción y de pensamiento preconscientes y, por esta vía, movilizar el potencial creativo natural del analista" (Argelander y cols. 1973, p.1009). La capacidad de percepción de los procesos preconscientes puede ejercitarse y con ello producir resultados fiables:

Sin este entrenamiento, no se puede esperar más que fantasías extravagantes y especulaciones locas [...]. Este hecho debe ser suficientemente recalcado, debido a que nuestra especialidad es particularmente dada a olvidar este aspecto. Los intentos fallidos son entonces cargados al factor subjetivo, manoseado hasta lo indecible, exponiendo así, eventualmente, todo el método al descrédito (Argelander y cols. 1973, p.1010).



Nuestra valoración de este estilo de entrevista se liga a los reparos del propio Argelander. Una cosa es que un grupo se consagre al desarrollo de un estilo de entrevista altamente diferenciado, bajo la dirección de un psicoanalista especialmente dotado para ello, pero otra cosa bien distinta es evaluar este procedimiento en cuanto a la factibilidad de ser enseñado y aprendido. Más allá de estas reflexiones, dudamos que este método, cuando se aplica en una forma demasiado purista, logre alcanzar aquellos resultados especiales para los cuales fuera diseñado, es decir, para la elección de un procedimiento terapéutico específico "orientado hacia la situación conflictual interna actual del paciente (por ejemplo, terapia breve), o hacia su disposición transferencial actual con sus necesidades, conflictos y formas de expresión (por ejemplo, terapia de grupo)" (Argelander 1966, p.41). Las indicaciones diagnósticas para determinados procedimientos terapéuticos no se pueden deducir enteramente desde el diagnóstico de constelaciones conflictuales inconscientes, como esperamos lo demuestre la siguiente discusión de la problemática de la indicación.

Lieberman (1972) plantea que la evolución de la relación en las primeras entrevistas dice algo del pronóstico del eventual proceso terapéutico futuro. Si durante la entrevista el paciente logra desplegar la crisis de vida por la que atraviesa, a través de la exposición del problema que lo trae a consultar, y el analista es capaz, junto con el paciente, de proponer algún tipo de solución positiva para este problema, se puede pensar que una eventual terapia llevada a cabo por esta pareja terapeuta-paciente tendrá una evolución favorable. Esta idea está también contenida en el esquema de Balint. Lo original de la proposición de Lieberman reside en el uso de indicadores de evolución, que él encuentra en la aplicación de instrumentos sacados de la teoría de la comunicación, de la semiótica y de la lingüística, como son los estilos comunicativos por él descritos. Lieberman plantea que estos estilos comunicativos pueden detectarse en el material y que la evolución de la entrevista puede reconocerse a través de cambios en los estilos comunicativos usados por la pareja entrevistador-entrevistado. La proposición de Lieberman configura, en realidad, un programa de investigación empírica: la validez de sus hipótesis pronósticas debería ser verificada empíricamente. Mientras eso no se produzca, tal tipo de pronósticos podrán siempre ser atribuidos a la intuición privilegiada de un clínico muy competente, pero nunca generalizados. En los últimos años ha ido quedando progresivamente más claro que si bien la entrevista inicial es suficiente para una apreciación subjetiva (Dantlgraber 1982), el establecimiento más diferenciado de indicaciones requiere considerar factores adicionales. La indicación no puede quedarse en la mera impresión subjetiva de la adecuación de un paciente para el análisis.

#### **6.4 El proceso de toma de decisiones**

Hasta este momento nos hemos concentrado en la exposición crítica de concepciones históricas y actuales de la primera entrevista entendida como un acontecimiento simultáneamente diagnóstico y terapéutico. Al final de la sección precedente nos vimos confrontados con la pregunta sobre las conclusiones que pueden sacarse de una técnica determinada en relación al problema de la indicación. En esta sección se profundizarán las dudas que allí aparecieron, pues una literatura clínica copiosa ha ofrecido sólo pocos resultados sustanciales.

Los criterios de indicación del propio Freud eran fundamentalmente criterios de exclusión: se excluían los enfermos que no poseían cierto grado de cultura y un carácter en alguna medida confiable, como también aquellas personas que no sentían por sí mismas la necesidad de una terapia, o sea, a causa de sus problemas, sino que sólo se sometían a ella como consecuencia de la presión ejercida por sus parientes. "Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección a personas que posean un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apoyamos en él para apropiarnos de lo patológico" (1905a, p. 253). La edad también valía para Freud como un criterio restrictivo adicional, así como la necesidad de eliminar rápidamente síntomas amenazantes, como, por ejemplo, en la anorexia nervosa.

Más importantes que los criterios negativos, nos parecen ser las formulaciones positivas de indicación de Freud, que son muy poco conocidas: "La terapia psicoanalítica se creó sobre la base de enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia; y está a ellos destinada ..." (1905a, p.252; la cursiva es nuestra). En cuanto existe un cierto "estado normal", en el sentido recién descrito, Freud no ve impedimento alguno en la gravedad de una enfermedad. Este punto de vista difiere radicalmente de las conclusiones de numerosas discusiones en mesas redondas sobre analizabilidad (véase, por ejemplo, Waldhorn 1960), donde la descripción del paciente adecuado puede resumirse del siguiente modo: "sick enough to need it and healthy enough to stand it" ("suficientemente enfermo para necesitarlo y suficientemente sano para tolerarlo"). En esto puede medirse cuán lejos está el estilo neoclásico de la concepción original de Freud sobre técnica de tratamiento.

Aun hoy en día debemos partir del supuesto de que la indicación de psicoanálisis no puede, salvo raras ocasiones, derivarse de la naturaleza de la enfermedad. Aunque por largo tiempo se hizo la diferencia entre neurosis transferenciales y neurosis narcisistas, esta diferencia no pudo esconder el hecho de que el establecimiento de la neurosis transferencial dice en realidad poco acerca de la tratabilidad. Antes de continuar con la enredada historia del desarrollo de los criterios de indicación, que se fue complicando a lo largo de las décadas mediante la introducción de variados términos, tales como aptitud, accesibilidad y -"last not least"- analizabilidad, que-remos señalar que, al hacerlo, describimos una tradición de pensamiento que no se originó en la práctica de Freud.

Creemos que discutir el complejo problema desde la perspectiva propuesta por Tyson y Sandler (1971), o sea, desde las dificultades de la selección de pacientes para el análisis, implica un punto de partida falso, que, aunque originado en una idea central legítima, ha conducido a una danza alrededor del becerro de oro de la técnica estandarizada ideal (véase cap.1).

El núcleo de muchas discusiones sobre la selección de los pacientes para un tratamiento psicoanalítico se refiere a que el tratamiento psicoanalítico intensivo exige, tanto por parte del paciente como del analista, grandes inversiones en términos de compromiso personal, dinero y tiempo. No por nada se ha comparado el psicoanálisis con una expedición cuyos miembros deben ser elegidos con sumo cuidado.

Si relacionamos este punto de vista con la afirmación original de Freud de que el psicoanálisis fue creado para los "enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia", se deduce que este método no tiene necesariamente éxito en todos estos casos graves y, por esta razón, es de interés para el paciente y para el médico evaluar previamente la utilidad del método en cada caso particular. Hay que tener esto presente durante la lectura de la siguiente discusión sobre la evolución de la problemática de la indicación para un psicoanálisis con alta frecuencia de sesiones (4 ó 5 veces a la semana) conducido según la técnica estándar.

Como candidatos potenciales para su nuevo procedimiento, Freud consideró con entusiasmo a pacientes con todo tipo de variaciones de neurosis graves y complicadas que no podían ser tratados mediante "métodos terapéuticos más cómodos" (1905a, p.252). Con todo, Jones (1921) introdujo la conexión entre las categorías diagnósticas y los juicios sobre el pronóstico respectivo: 1) histeria, 2) histeria de angustia, 3) neurosis compulsiva, 4) hipocondría, 5) histeria de fijación. Los grupos 4 y 5 fueron considerados de mal pronóstico. Fenichel (1945) tuvo la idea de relacionar el pronóstico con la severidad de la neurosis:

En general, por este motivo, la dificultad de un análisis corresponde a la profundidad de la regresión patogenética. Así, usando el conocimiento analítico sobre la profundidad de los puntos de fijación decisivos en las respectivas neurosis, éstas pueden ser clasificadas según su accesibilidad al análisis [...] (Fenichel 1945, p.574).

En la formulación "accesibilidad al análisis" se señala el método establecido por ese entonces. Sin embargo, Fenichel destacó que "al efectuar un pronóstico deben considerarse muchas otras circunstancias: la relación dinámica general entre las resistencias y el deseo de recuperarse, la ganancia secundaria de la enfermedad y la flexibilidad general de la persona" (p.575). Glover (1955) recoge el concepto de "accesibilidad" y ordena las categorías diagnósticas según sean "accesibles", "moderadamente accesibles" o "intratables".

Tyson y Sandler (1974) subrayan que con el simposio sobre "The Widening Scope of Psychoanalysis" (en 1954) se trasladó el énfasis desde los criterios diag-nósticos a los criterios de "aptitud" (para el análisis). Como lo comentó A. Freud (1954b), no existe garantía de que dos personas con iguales síntomas reaccionen idénticamente frente a iguales intervenciones técnicas. Con esto se retiró el fundamento a cualquier discusión sobre indicación orientada nosológicamente. Pasó un largo tiempo antes de que el reconocimiento de la imposibilidad de predecir el resultado de un tratamiento dado en base a criterios nosológicos con-dujera a la conclusión de que el analista debe buscar aquellos factores que tienen un efecto positivo sobre el desarrollo del proceso psicoanalítico. Por el momento, el problema se redujo a la fórmula familiar de "formarse una idea sobre la estructura de la neurosis". El concepto de "análisis de prueba", recomendado por Freud (1913c), fue reelaborado por Fenichel (1945), pero, en el fondo, no ha sido nunca realmente adoptado. El proceso de primera entrevista, en cambio, contiene cada vez más elementos del análisis de prueba, con la intención de poner a prueba la capacidad del paciente para el manejo de las interpretaciones (Alexander y French 1946, p.98). Aunque los resultados sean a menudo muy impresionantes, persiste el temor de sobrecargar la situación inicial, con su potencial de influencias negati-vas sobre las decisiones de indicación.

La formulación de Mitscherlich (1967) expresa un consenso mínimo que debería permitir a un número mayor de pacientes el acceso al procedimiento psicoana-lítico: "La capacidad [del paciente] de comprometerse afectivamente con un ofreci-miento comprensible nos parece el signo pronóstico más certero de que, retomando el decir de Freud, el síntoma no representa la mejor expresión de lo que el pa-ciente puede alcanzar" (p.149). Aquí está también implícita la "habilidad" del tera-peuta de hacer un "ofrecimiento comprensible". El problema de la entrevista ini-cial y su problemática relacionada con las preguntas que apuntan hacia la indica-ción, se complica con el asunto técnico de cómo convencer al paciente de cooperar con la "dirección de nuestras preguntas" (Mitscherlich 1967, p.141). La reflexión siguiente debe entonces centrarse en el para qué queremos ganar al paciente. Ya que no deseamos que nuestra exposición de los problemas derive de la dicotomía tradicional entre técnica estándar y psicoterapias analíticas, no nos basta afirmar simplemente que el paciente debe ser ganado en la primera entrevista para un trabajo en conjunto a través de un ofrecimiento comprensible. ¿Para qué metas, entonces, podemos ganar los pacientes? Bajo esta perspectiva podemos examinar, ahora más de cerca, los criterios de aptitud introducidos por Tyson y Sandler (1971) que, en nuestra opinión, implican procesos de consenso sobre las metas a alcanzar.

Nuestra proposición es hablar en términos de un amplio rango de metas terapéuticas. El psicoanálisis puede sólo alcanzar plenamente su aspiración ambi-ciosa de ser un sendero para lograr un mejor conocimiento de sí, si este autocono-cimiento se transforma en un cambio en el vivenciar, como

consecuencia de una disminución de la ansiedad, y de este modo en un cambio del actuar en el sentido de metas libremente elegidas. En la afirmación de Freud (1909b): "pero nosotros no aspiramos al éxito terapéutico en primer lugar; queremos poner al enfermo en condiciones de asir conscientemente sus mociones inconscientes de deseo" (p. 98), queda implicado un postulado de cambio, que puede ser separado sólo artificialmente de los criterios de éxito tomados en un sentido estrictamente médico. La teoría psicoanalítica postula que el levantamiento de la represión y la toma de conciencia de los deseos, hasta ese momento inconscientes, tienen que traer necesariamente consigo un cambio en los procesos psíquicos. La discusión en torno de la indicación para los distintos procedimientos terapéuticos psicoanalíticos es, en el fondo, una discusión sobre las distintas metas del cambio a que se puede aspirar. La decisión de proponer al paciente un análisis de alta frecuencia de sesiones, implica la suposición de que éste puede lograr, con una cierta probabilidad, un cambio radical y profundo de sus procesos psíquicos, lo que supone-mos tendrá un efecto múltiple sobre los más distintos ámbitos de vida. Al ponerse estas metas, creemos legítimo discutir críticamente las precondiciones necesarias para este tipo de proceso de cambio. La motivación, la orientación personal del paciente, su curiosidad terapéutica, su capacidad de utilizar relaciones de objeto, son factores que, entre otros, juegan un rol decisivo en la discusión actual en torno a las indicaciones de análisis.

Kuiper (1968) se declara partidario de un enfoque restrictivo de la indicación y subraya, con razón, que el entusiasmo de los analistas jóvenes por la técnica estándar los conduce a su aplicación no crítica. Esto puede tener consecuencias muy desfavorables, por ejemplo, cuando un analista opina que las estereotipias de no contestar las preguntas del paciente o el silencio del analista son componentes esenciales de la técnica estándar, y emplea estos medios en pacientes para quienes esta técnica es poco apropiada. (En institutos donde la influencia kleiniana es pre-dominante, se da una situación totalmente distinta, que, sin embargo, conduce a resultados equivalentes. En mi experiencia, la formación de acuerdo con la concepción total de la transferencia, con el correspondiente descuido de los factores resistenciales, induce a los candidatos a una labor interpretativa desde el comienzo muy activa -siguiendo, por lo demás, y quizás malinterpretando, las críticas de Racker a la técnica clásica y al silencio del analista-, que muchas veces produce graves complicaciones transferenciales que el novel analista no es capaz de manejar; nota de J.P. Jiménez.) Pedimos al lector que tome nota de que es la técnica la que señalamos como poco apropiada, y no el paciente. Somos de la misma opinión de Kuiper, esto es, que la técnica estándar tiene un campo de aplicación muy limitado, aunque ponemos de relieve la necesidad de la modificación y de la adaptación en cada enfermo particular. Kuiper también menciona un motivo para la aplicación excesiva de la técnica estándar: al fin y al cabo, los analistas tienen que invertir mucha energía, tiempo y dinero en el aprendizaje de esta técnica y, naturalmente, quieren aplicar ahora lo aprendido exclusiva e

intensivamente y en la mayor cantidad de pacientes posible. De este modo, las inevitables desilusiones conducen, por medio de la formación reactiva, a la desvalorización de otras fuentes de ayuda "no analíticas" (Kuiper 1968, p.261). Al mismo tiempo, la idealización resuelve las propias dudas sobre la técnica estándar: en vez de reflexionar acerca de la modificación de la técnica, se acusa retrospectivamente al paciente de ser inadecuado.

Demasiadas veces sucede que las características descritas como necesarias o suficientes para la aceptación de pacientes accesibles o incluso analizables para el tratamiento psicoanalítico clásico ya son al mismo tiempo criterios de evolución del proceso terapéutico mismo:

El paciente debe tener un suficiente grado de inteligencia, capacidad de tolerar afectos dolorosos y ser capaz de sublimar. Sus relaciones de objeto deberán ser suficientemente maduras y su capacidad para enjuiciar la realidad más o menos bien formada. Su vida no debe centrarse alrededor del análisis para que no dependa indebidamente de aquél; su carácter moral y su nivel cultural deben haberle asegurado una buena posición en la vida con su reconocimiento correspondiente. ¡Podríamos vernos frente a la situación paradójica de encontrar que el paciente idealmente apropiado para análisis no tiene necesidad de él! (Tyson y Sandler 1971, p.225).

En vez de sacar la conclusión de que deben tolerarse desviaciones menores de este catálogo ideal, nos parece más apropiado examinar la calidad interaccional de aquellas "cualidades". Después de todo, el decir "strong enough to stand it" ("suficientemente fuerte para tolerarlo") se refiere a la situación analítica, que debe ser creada y mantenida por el paciente y por el analista. Kuiper cree que el problema de quién analiza a quién, de qué modo y con qué fin, debe ser tomado muy en serio. El definir lo que el analista debe y puede hacer en cada caso particular para hacer posible un proceso analítico, debiera poner fin al persistente debate sobre analizabilidad. Bachrach (1983, pp.199-200) reduce el problema de la analizabilidad finalmente a tres clases de pacientes:

1. "Personas reflexivas con un yo básicamente confiable, que son capaces de adaptarse al rango de diferencias esperado entre los analistas y que hacen un uso productivo de sus oportunidades analíticas".
2. Pacientes con yo débil que muestran un carácter infantil y que son "incapaces de participar en el trabajo analítico".
3. Pacientes descritos por Bachrach como "borderline" (no en un sentido diagnóstico), "para quienes el destino del trabajo analítico depende en gran medida de la persona y de los talentos especiales del analista".

Aunque es claro lo que Bachrach trata de expresar con la expresión "yo básicamente confiable" para el trabajo analítico, consideramos más ventajoso y estratégicamente más apropiado examinar la configuración interaccional en todas las situaciones terapéuticas. La confiabilidad básica de la cual habla Bachrach es una ficción, igual que el "medio ambiente promedio a esperar" de

Hartmann, que llevó a la psicología del yo a un callejón sin salida (Fürstenau 1964). En la misma medida en que la sintomatología fundamental se ha ido desplazando desde los tras-tornos circunscritos a los problemas de personalidad más difusos, ha ido cobrando cada vez más importancia la capacidad del psicoanalista de responder en forma diversificada a las necesidades y a los conflictos de cada paciente individual (Thomä y Kächele 1976). La existencia de dos técnicas complementarias, que Cremerius (1979) describió como formas polarizadas sólo por razones didácticas, es una expresión del hecho de que "los límites de la analizabilidad no son los límites del paciente y de su psicopatología, como lo afirmó Freud (1937c), sino que son los límites del analista" (Cremerius 1979, p. 587). Pensamos que el concepto de "analizabilidad" ha perdido hasta el último resto de especificidad y que sería mejor reemplazarlo por el de "tratabilidad". Si lo "analizable" se transforma en aquello que el analista puede hacer y tolerar, entonces la indicación llega a ser un tópico de discusión e investigación, pero ahora sólo dentro del marco de una fundamentación bipersonal del proceso terapéutico.

El proceso de indicación en la primera entrevista ha ido cambiando así desde la concepción estática de una indicación pronóstica a un concepto dinámico de la indicación adaptativa (Baumann y von Wedel 1981), en la que paciente y analista se encuentran expresamente referidos uno al otro. Un ejemplo logrado de esta manera de pensar lo ofrece S.H. Shapiro (1984), quien propone un esquema genuinamente psicoanalítico para la determinación del método terapéutico adecuado. En vez de un análisis de prueba, que tampoco nosotros consideramos apropiado, Shapiro introduce una fase exploratoria, en la cual él habla al paciente acerca del método de la asociación libre. Estamos de acuerdo con él cuando presenta una posible fase diagnóstica de la terapia, que ya no se entiende como análisis de prueba en el sentido convencional, cuyo objetivo era decidir la aptitud del paciente, sino donde la meta es averiguar el tipo de cambios posibles a lograr y las condiciones terapéuticas necesarias para ese efecto. El amplio marco conceptual de las formas actuales de psicoterapias analíticas permite las más variadas reflexiones, que no tienen por qué restringirse al ámbito del psicoanálisis en su sentido más estricto.

Si aplicamos a la primera entrevista psicoanalítica las recomendaciones de Balint para los médicos generales, y desarrollamos la concepción de una relación más prolongada, que se extienda más allá del contacto único de la primera entrevista, se abren muchas posibilidades de una indicación centrada en el paciente, que se orientan a diversas vías de cambio, y que el paciente puede emprender ahora o en un futuro próximo (Hohage y cols. 1981). El análisis de los más variados factores en el problema de la indicación engloba el reconocimiento de los aspectos subjetivos en el proceso de la toma de decisión (Leuzinger 1981, 1984; Dantlgraber 1982), y la consideración de los factores institucionales bajo los cuales se desarrolla el quehacer psicoanalítico. La interacción de ambos niveles es a menudo bastante difícil de detectar,

debido a que fácilmente es encubierta por las estrategias de justificación del analista involucrado.

El significado de los presupuestos teóricos para el proceso de decisión hay que tenerlo muy en cuenta; un peso aún mayor tienen las circunstancias de tipo práctico que, al igual que en los tiempos de Freud, influyen en las decisiones a tomar en el momento de la indicación. Cambios en las condiciones marginales tales como la inclusión de psicoanálisis y psicoterapias analíticas en los servicios prestados por los seguros de enfermedad, aumentan el círculo de los pacientes que pueden llevar a cabo un tratamiento. Sin embargo, en los procesos de decisión siguen jugando aún un papel significativo los factores específicos de clase, como lo demuestran los estudios empíricos relacionados con este tópico. La selección uni-lateral se esconde tras criterios de aptitud, por lo que en muchos lugares se restringe iatrogénicamente el alcance del psicoanálisis.

A través de los cambios sociales y del cubrimiento de los costos por las cajas de seguros de enfermedad, nos hemos acercado a la meta de ganar pacientes para un tratamiento analítico vía primeras entrevistas estructuradas en forma flexible, y desde un espectro social y nosológico amplio. Iniciar un análisis con personas altamente motivadas es cosa bastante fácil, aun cuando la terapia posterior se demuestre difícil. El arte de la entrevista inicial se deja ver ahí donde hay que despertar el interés por una terapia urgentemente necesaria en personas llenas de dudas. El desarrollo de las múltiples formas de terapias psicoanalíticas ha hecho necesario revisar la imagen de Freud del oro y del cobre. Hoy en día se las puede concebir y estructurar de acuerdo con las necesidades del paciente. Esto nos conduce quizás al núcleo actual de la problemática de la primera entrevista: nos encontramos en una situación de toma de decisiones frente al paciente que ya no se rige por la dicotomía familiar de psicoanálisis versus psicoterapia analítica, sino en una en que debemos considerar en qué modo y a través de qué psicoanalista (entre muchos posibles) pueden crearse las condiciones más favorables para el desarrollo de un paciente. A más tardar al final de la primera conversación, emergen las preguntas: ¿Cómo seguir adelante y cuáles son las condiciones externas de una terapia para este paciente? ¿Cómo hacer compatible el desarrollo de una terapia con las circunstancias de vida personales y profesionales del paciente? Según nuestra opinión, la actitud adaptativa frente a la indicación es la que está a la altura del nivel actual del conocimiento. Sin embargo, tal actitud no cambia en nada la enorme responsabilidad del analista frente a una terapia, no importando su duración y su frecuencia, y aun cuando se eviten aquellas dificultades especiales que surgen del hecho de tener que determinar la analizabilidad y simultáneamente averiguar las disponibilidades a largo plazo de tiempo y de financiamiento. Somos también de la opinión de que la pregunta por la duración del tratamiento, que casi de regla surge en el momento de hacer los arreglos para un análisis, debe responderse en términos de metas deseables o posibles de alcanzar, y no en años o número de sesiones.



De este modo, la información sobre la duración del análisis pierde su efecto deprimente, pudiendo el paciente tener la esperanza de que no únicamente después de uno, dos o "n" años será posible alcanzar mejorías o la curación. Ya que empeoramientos, mejorías y curaciones, es decir, el proceso analítico en conjunto, también dependen de la competencia profesional del analista, naturalmente, su duración es también una medida determinada diádicamente y que consta de muchos elementos.

El analista debe tener siempre presente el derecho del paciente a interrumpir o terminar el tratamiento en cualquier instante. Por este motivo, hay que prestar atención a sus insinuaciones implícitas en lo que a frecuencia y duración se refiere. Por otro lado, ambos participantes saben que el margen de libertad ideal del paciente se encuentra en la realidad restringido por las circunstancias externas, por los autoengaños basados en motivaciones inconscientes, y por los conflictos transferenceles y de relación propios del proceso analítico. Cuánto debiera durar idealmente un tratamiento y cuánto tiempo realmente dura, es algo que depende entonces de muchísimos factores.

En la transición desde la entrevista inicial a la terapia, es importante dejar el máximo de espacio posible a la flexibilidad y crear una atmósfera de libertad que permita el surgimiento de esperanzas (Luborsky 1984). Al mismo tiempo, hay que establecer un marco que asegure buenas condiciones de trabajo. No existe una solución sencilla para este problema. Sin embargo, podemos partir de la experiencia, aparentemente banal, de que los pacientes generalmente continúan viniendo mientras el balance entre inversión y rendimiento sea positivo. Hay buenas razones que hablan a favor de centrar la atención en la evaluación personal del paciente sobre inversión y rendimiento, y de dar así a sus decisiones la consideración que corresponde. De este modo, se puede avistar el margen de desarrollo ideal, aunque en su realización emerjan numerosas restricciones. Pero el asunto nunca queda en el mero sopesar subjetivo de los pros y de los contras. Aun un multimillonario, que se retira a una isla desierta como un moderno Robinson Crusoe con su analista el doctor Viernes y con el propósito de someterse a un análisis interminable, tendría que contar con que su analista valoriza la relación entre inversión y rendimiento en forma diferente que él mismo. No necesitamos dejarnos llevar por esta situación ficticia a otras fantasías, ya que en ninguna parte del mundo tiene el paciente solo el control sobre la inversión y el rendimiento, sobre la frecuencia y la duración del tratamiento. El analista también tiene algo que decir y, a su vez, las terceras personas, presentes en su ausencia, expresan directa o indirectamente su opinión, lo que en el caso del financiamiento ajeno tiene un efecto particularmente incisivo.

Es posible que haya enormes diferencias en la evaluación de aquello que, en aras de la brevedad, hemos denominado como inversión y rendimiento. Son tantas las combinaciones concebibles, que es imposible hablar aquí en detalle de cada una. Nuestra elección de una terminología económica es totalmente

deliberada, aunque contamos con la extrañeza del lector. No debemos permitir que el entusiasmo por el efecto frecuentemente liberador del psicoanálisis nos distraiga de las implicaciones para los allegados, así como de la inversión de tiempo y dinero. Klauber (1972b, p.99) ha llamado la atención sobre cuán drásticos pueden ser los costos en tiempo y en dinero para las terceras partes implicadas, es decir, para la familia del paciente. En Alemania Federal y en Berlín Oeste, las cajas de seguro obligatorio de enfermedad cubren los costos totales de la inmensa mayoría de los pacientes. Incluso en el caso de los llamados (en Alemania) pacientes privados (es decir, aquellos que no están afiliados a compañías de seguro obligatorio) reciben financiamiento ajeno a través de instituciones privadas de seguro de enfermedad y de ayuda estatal. Los únicos analizandos que realmente pagan de su propio bolsillo son los candidatos en formación analítica. Puesto que sobre el 90% de la población se encuentra afiliada a alguna mutua de seguro obligatorio de enfermedad, para la mayoría de los pacientes que se encuentran en tratamiento analítico no existe la carga financiera. Ya en la primera entrevista estos pacientes traen su bono de atención que garantiza que los costos serán cubiertos por su caja de seguro. Volvemos a tocar este tema más adelante (sección 6.6), pero antes queremos dirigir nuestra atención hacia los parientes, quienes siempre se encuentran presentes en forma virtual, cuando no real, en la primera entrevista. La actitud del analista hacia la familia del paciente tiñe la conducción del diálogo, de modo que también en este aspecto se producen, desde el principio y a menudo imperceptiblemente, influencias en la dirección del proceso.

## **6.5 La familia del paciente**

En vista de la sección que ahora empieza, sobre los parientes, y de la siguiente sobre el financiamiento ajeno (6.6), en el encabezamiento del capítulo hacemos alusión a los versos de Schiller en La fianza (Die Bürgschaft). En espíritu de reconciliación, Dionisio, tirano de Siracusa, dice los célebres versos: "Que yo sea, concededme el favor, en vuestra alianza el tercero" ("Ich sei, gewährt mir die Bitte, in Eurem Bund der Dritte"). [El encabezamiento alemán de este capítulo reza así: "Das Erstinterview und die Dritten im Bunde", cuya traducción literal es: "La primera entrevista y los terceros en la alianza"; nota de J.P. Jiménez.] La presencia virtual del tercero ausente, de quien hablamos en esta sección, despierta, al igual que el tema del financiamiento ajeno, un cúmulo de asociaciones, insinuadas en la alusión a los versos de Schiller, en especial en su desenlace reconciliador. El lado prosaico de todo esto es el hecho de que paciente y analista puedan fiarse, en lo que a costos se refiere, de la fianza de las compañías de seguro obligatorio de enfermedad. Al mismo tiempo, sin embargo, hay que reconocer que la intromisión de los terceros hace más difícil o deteriora la terminación conciliatoria de la terapia. Pero, basta ya de alusiones.

Freud describió los primeros intentos en psicoanálisis como el "estudio del desarrollo individual del ser humano" (1940a, p.43). Ubicándose dentro de la tradición del iluminismo burgués, Freud buscó explorar las conexiones entre las más variadas acciones del paciente y sus aflicciones internas, así como su curación, mediante el conocimiento de sí mismo. Mediante la intelección de la vida psíquica inconsciente, quería alcanzar la expansión de la conciencia individual. En esto, Freud vio una contribución esencial del psicoanálisis al iluminismo.

La petición de un tratamiento psicoanalítico debe provenir únicamente del paciente. Cualquier acuerdo tomado entre terapeuta y paciente tiene implicaciones éticas y legales. La discreción y el secreto profesional contribuyen a crear una base de confianza entre ambos participantes. Frente a la pregunta de cuándo consultar a los miembros de la familia, debemos tener en cuenta el beneficio para el paciente. Sólo en situaciones de emergencia podemos consultar a la familia sin su consentimiento, por ejemplo, cuando el paciente no se encuentra en situación de ofrecer datos anamnésticos fidedignos, necesarios para formular el diagnóstico y decidir la terapia apropiada. Tal situación de emergencia se da con pacientes psicóticos o suicidas, es decir, cuando éstos no tienen control sobre sí mismos. En otras circunstancias, el analista debe atenerse al principio de no entregar a la familia información sobre el paciente.

Por lo general, el método psicoanalítico hace innecesario involucrar la familia del paciente. El psicoanalista confía en lo que observa en las sesiones con su paciente y parte del hecho de que, dentro de la sesión, el paciente repite con el analista los conflictos de relación con su esposa, amigos y parientes más cercanos. No necesita contacto directo con la familia del paciente, porque a través de la evolución de la neurosis de transferencia, si es que no antes, puede experimentar por sí mismo cómo el paciente se comporta con aquellas personas más cercanas, provocando inconscientemente acciones y actitudes en contra o en favor de sí mismo.

El entendimiento interaccional de la transferencia y la contratransferencia trae consigo que el analista pueda, por un lado, compenetrarse anímicamente con el punto de vista del paciente, y, por el otro, también comprender el comportamiento de sus familiares, cuyas reacciones pueden guardar semejanzas con su propia contratransferencia. El poder ponerse en el lugar del paciente y la capacidad de comprensión tienen, al menos, otra dimensión adicional, que es la del conocimiento profesional que el analista posee sobre la interacción humana.

El método psicoanalítico plantea preguntas específicas concernientes a la manera de tratar a los parientes del paciente. El método depende de la relación diádica. En comparación con el modelo del "campo operatorio quirúrgico puro y aséptico", la situación se complica con la presencia real de una tercera persona. El establecimiento de una relación bipersonal trae consigo una diferenciación entre relaciones internas y externas. Si bien el método

psicoanalítico es una díada, debería ser definido en forma más correcta como una "tríada menos uno", ya que una tercera persona se encuentra de uno u otro modo siempre presente, aunque ningún pariente participe en forma real en el tratamiento. La ausencia real del tercero y su pre-sencia virtual tienen considerables consecuencias para todos los participantes. De la misma opinión era Pichon-Rivière cuando escribió: "[El] proceso psicoanalítico [es] un proceso dialéctico, en espiral, con la intervención bicorporal, pero siempre tripersonal, ya que el tercero "escamoteado", negado, etc., de la situación triangular aparece como el "modificador del campo" (en Liberman 1962, p.VIII).

La encuesta realizada por Glover (1955) entre 29 psicoanalistas británicos, en 1938, incluye preguntas sobre lo que ellos piensan acerca del problema de los parientes y sobre cómo manejan este asunto. Por ejemplo, Glover preguntó si tenían contactos con los familiares del paciente, y, en caso de una respuesta positiva, si acaso con o sin el conocimiento de su paciente. Las respuestas dieron por resultado que "todos hablan con miembros de la familia, la mayoría contra su voluntad, y a petición del paciente. Con pocas excepciones (psicosis severas, niños), las entrevistas son concertadas con el consentimiento del paciente" (Glover 1955, p.322).

Desde entonces, en la literatura se encuentran sólo escasos indicios sobre la manera de tratar a los familiares, a pesar de que este problema tiene una vasta relevancia clínica, por el importante papel que juega en toda terapia, incluidos los análisis didácticos. En la mayoría de los análisis didácticos, los familiares de los candidatos no tienen contacto directo con el analista didacta o con el instituto, a pesar de que se encuentran interior y exteriormente profundamente involucrados en la formación. No pocas veces sucede que el otro miembro de la pareja inicie a su vez un análisis o forme sus propios grupos de discusión. Freud confesó su "total perplejidad" frente al problema de cómo tratar a los familiares de los pacientes. Sus consejos al respecto dicen lo siguiente: Quisiera advertir con la mayor insistencia que no debe buscarse la aquiescencia o el apoyo de padres o parientes dándoles a leer alguna obra de nuestra bibliografía, ya sea introductoria o más profunda. Lo que consigue las más de las veces este paso bienintencionado es que estalle de manera prematura la natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes al tratamiento psicoanalítico de uno de los suyos, de suerte que aquél ni siquiera podrá iniciarse.

Manifiesto la esperanza de que la progresiva experiencia de los psicoanalistas los lleve a un acuerdo sobre los problemas de la técnica: sobre la manera más acorde al fin de tratar a los neuróticos. Por lo que atañe al tratamiento de los "parientes", confieso mi total perplejidad y confío poquísimamente en su tratamiento individual (Freud 1912e, p.119).

Como sabemos, Freud más tarde esperaba que sus analizandos hubiesen leído sus obras, aunque no deseaba que los parientes tuvieran acceso a la misma

infor-mación. Freud contaba con la "natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes" al tratamiento. En 1917, su optimismo no se había incremen-tado:

El tratamiento psicoanalítico ha de equipararse a una intervención quirúrgica y, como ésta, exige realizarse dentro del marco más favorable para lograr éxito. Ustedes conocen los preparativos que suele pedir el cirujano: un lugar adecuado, buena luz, ayudantes, alejamiento de los parientes, etc. Ahora pregúntense cuántas de estas operaciones saldrían bien si tuvieran que realizarse en presencia de todos los miembros de la familia, que meterían su nariz en la mesa de operaciones y a cada corte de bisturí prorrumpirían en gritos. En los tratamientos psicoanalíticos, la intromisión de los parientes es directamente un peligro, y de tal índole que no se sabe cómo remediarlo (Freud 1916-17, p.418).

Estas declaraciones hay que entenderlas en parte sobre el trasfondo de su técnica de aquel entonces, que se concentraba en los descubrimientos del inconsciente y de la sexualidad infantil. La analogía de la situación psicoanalítica con "el campo ope-ratorio puro y aséptico" conduce, consecuentemente, a la descripción de los pa-rientes como una fuente de peligro. El ideal del campo puro y aséptico queda expresado explícitamente en la descripción que Eissler (1953) hace de los pará-metros. Para él, la intrusión de un miembro de la familia en la situación diádica representa una desviación del modelo de la técnica ideal. Esta técnica considera a los parientes como un factor de confusión y de interferencia en un equilibrio aparentemente ideal entre el médico y el paciente.

En un trabajo anterior sobre el problema de los parientes (Thomä y Thomä 1968), sustentamos el punto de vista de que el trato "a regañadientes" con los fa-miliares del paciente se puede explicar por dos razones, una general y una espe-cífica. La razón general para resistirse a tratar con los parientes la vemos en el de-seo de proteger la "alianza de trabajo" (Greenson 1967) con el paciente. El "equipo de trabajo" entre médico y paciente (Heimann 1966, pp.333-4) sólo puede funcio-nar cuando la intromisión de los parientes se mantiene dentro de ciertos límites. En el esfuerzo por asegurar la discreción y ganarse la confianza del paciente, el analista empuja demasiado los parientes hacia la periferia. Richter (1970) señala además otros aspectos de la adhesión excesivamente rígida a la relación bipersonal:

Los psicoterapeutas saben a su vez, que el tratamiento de un individuo es por lo general menos arduo que el trabajo con el paquete de problemas de todo un grupo familiar. Es más fácil comprender las dificultades de un paciente único que el nudo de conflictos interaccionales de varios miembros de la familia. Y, por lo demás, es más fácil tolerar y elaborar la transferencia de sentimientos de un paciente individual, que el enmarañamiento complejo de las emociones de todo un grupo de personas agitado por tensiones neuróticas (Richter 1970, p.122).

En el trabajo citado, no preguntamos si acaso la personalidad del analista es una razón específica de su preferencia por la situación bipersonal. La contratransferencia supraindividual profesional puede conducir hacia una adhesión demasiado rígida de la situación bipersonal. Los pacientes perciben el desgano del analista frente a cambios en el encuadre, lo que estimula fenómenos específicos de transferencia y contratransferencia. Los parientes se sienten entonces aún más rechazados y su desconfianza aumenta como reacción. Se sienten los terceros excluidos y tienden a reaccionar con idealización o rechazo del analista. Esto, a su vez, depende de lo que el paciente relate de su análisis o de lo que se guarde para sí. Ya que el desarrollo de la neurosis de transferencia depende en alto grado de la técnica analítica, es muy probable que el paciente actúe intensamente fuera de la relación analítica y que el grupo de personas afectadas reaccione con contraofensivas. De este modo, la actitud contratransferencial profesional de delimitar la distancia del analista a los parientes del paciente puede ser considerada como la razón específica de su aversión a tratar con ellos.

### **6.5.1 El agobio de la familia**

Hans Thoma (1968, p.89) acentúa que, para Freud y sus discípulos, el modo de ser de un individuo se encuentra determinado ante todo por la conjunción entre una necesidad y una constelación ambiental específica, dentro de una fase crítica más o menos delimitada. La conexión entre el destino individual del paciente y sus efectos sobre el ambiente describe la tensión entre él y su familia. Un tratamiento psicoanalítico no actúa sólo sobre el paciente, sino también sobre sus parientes. Los efectos del proceso analítico sobre los parientes del paciente deben ser tomados muy en serio.

Correspondientemente, la familia tiene un gran interés en el tratamiento del paciente. Nada es más natural que el deseo de ver al analista y de conocerlo más de cerca o, al menos, de saber algo acerca de él. Algunos pacientes, en la fase inicial de su análisis, traen a la consulta a su pariente más cercano, usualmente a su pareja, sin aviso previo y con evidente titubeo, con el objeto de lograr que ambos se conozcan, al menos en forma superficial.

Probablemente, y más de los que suponemos, son muchos los parientes que alguna vez han visto al terapeuta o que han escuchado decir algo sobre él. El interés de los parientes en el analista y en el tratamiento surge de la idea de que no sólo se efectuarán cambios en el paciente, sino también en ellos mismos. Algunos parientes intentan escapar a estos cambios alegando que el problema yace totalmente en el paciente, a quien "mandan a terapia". A menudo, empero, los parientes perciben que el proceso de desarrollo de uno también afecta a las personas alrededor de él, lo que hará cambiar las relaciones entre ellos. Grunberger (1958) ilustra los nexos entre las líneas de desarrollo

mediante el cambio en la estructura del superyó del paciente. La modificación en la estructura del superyó, que el proceso psicoanalítico necesariamente trae consigo, conduce a un trastorno de los arreglos existentes y que hasta ese entonces habían regulado la convivencia familiar.

Lidz y cols. (1965; Lidz y Fleck 1985) han descrito en forma impresionante cuán estrechamente entrelazados se encuentran los conflictos psíquicos de los pacientes graves con los problemas psíquicos de sus familiares. Es precisamente cuando los familiares del paciente se encuentran también emocionalmente perturbados, o al menos contribuyen a la mantención de la neurosis del paciente, cuando los motivos inconscientes pueden conducir a que ofrezcan sólo un apoyo parcial al tratamiento. En tal caso, el analista debe considerar si la meta de la terapia no debiera ser el conflicto interpersonal, aunque entonces se plantee el problema de si los miembros de la familia tendrían que ser incluidos durante una cierta fase de la terapia, o si el tratamiento indicado sea más bien una terapia de pareja o una terapia familiar, debiendo abandonarse el encuadre bipersonal.

A menudo, el paciente toma decisiones importantes concernientes a su vida profesional y privada en base a lo que ha descubierto de sí mismo en el análisis. Cuando esto sucede, es esencial que el analista dé a los parientes del paciente la sensación de que es consciente de la carga a que estos están expuestos y que reconoce las repercusiones que el tratamiento psicoanalítico tiene también en ellos. Según nuestro parecer, esto significa no sólo pensar en los conflictos intrapsíquicos, sino considerar también las relaciones del paciente con las demás personas, con el objeto de lograr un equilibrio entre lo interno y lo externo, entre las relaciones interpersonales y las relaciones de objeto intrapsíquicas. Este cambio positivo en la actitud del psicoanalista hacia la familia del paciente y su situación ambiental, ha modificado el manejo de este problema en el psicoanálisis en la dirección recién descrita. La no consideración de los aspectos reales de la relación de pareja, como por ejemplo, el grado de psicopatología del miembro que no está en tratamiento, y la interpretación sistemática y rígida de las alusiones al tercero como una mera proyección de aspectos internos, puede conducir, especialmente en el caso de situaciones de crisis, a graves confusiones en el paciente o a serias reacciones depresivas.

Sólo pocos estudios empíricos se han publicado sobre cómo cambian la pareja o los miembros de la familia durante o después de un tratamiento psicoterapéutico. En un estudio realizado por Kohl (1962) en 39 pacientes hospitalizados y con trastornos psicóticos severos, se pudo comprobar que todas las parejas de los pacientes también sufrían de alguna u otra forma de enfermedad mental y que ponían en peligro el éxito de la terapia. Bolk-Weischedel (1978) relativizó esta afirmación. A través de un estudio catamnésico semiestructurado, realizado en las parejas (15 mujeres y 35 hombres) de 50 pacientes tratados ambulatoriamente, ella encontró que 13

individuos pudieron liberarse de sus síntomas anteriores mediante cambios estructurales positivos simultáneos durante el tratamiento de su pareja. En cambio, 11 cónyuges, que previamente no mostraban síntomas, tuvieron problemas, de los cuales 6 tuvieron un desarrollo estructural ulterior positivo. Durante el tratamiento, 10 cónyuges sufrieron tanto que a su vez tuvieron que consultar o someterse a tratamiento. 10 pacientes decidieron separarse o divorciarse durante el curso del tratamiento; esto corresponde al porcentaje de divorcio durante el tratamiento psicoterapéutico presentado por Sager y cols. (1968). La mayoría de estas parejas divorciadas no se arrepintieron del paso dado. Bolk-Weischedel interpreta este surgimiento o alteración de síntomas como un indicador de la inestabilidad inducida por el tratamiento, que precisamente hace posible los desarrollos progresivos.

### **6.5.2 Algunas situaciones típicas**

Para tratar con los familiares del paciente se requiere una gran sensibilidad. El principio fundamental se orienta siempre según la línea conductora de crear una situación terapéutica que permita al paciente tener confianza en la terapia y en el analista. En otras palabras, al tomar nuestras decisiones nos orientamos según el principio de que, en todo lo que hagamos, deben siempre crearse "las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo" (Freud 1937c, p.251) del paciente. Ocasionalmente, en ciertos casos la inclusión de uno o más miembros de la familia puede promover el proceso, es decir, contrarrestar la estagnación del proceso psicoanalítico. Aquí no se trata solamente de la ampliación de la base de observación para obtener más información, sino de concentrarse adicionalmente en el nivel interpersonal entre el paciente y sus parientes. La observación de esta interacción sirve a propósitos diagnósticos (por ejemplo, debe evaluarse la dimensión de la situación de dependencia real), como también al ejercicio de la influencia terapéutica.

Hay básicamente tres situaciones en las que tenemos que adoptar la decisión de tomar o no contacto directo con los miembros de la familia de un paciente:

- durante la primera entrevista,
- en relación con una situación de emergencia (accidente, peligro de suicidio, internamiento hospitalario),
- a lo largo del tratamiento.

Es bien sabido que la entrevista inicial puede tomar muchas formas. Un elemento esencial en la valoración de la condición del paciente es el comportamiento de los parientes: si es que éstos no se hacen presentes, o se quedan en un segundo plano (fuera del edificio o en la sala de espera, etc.), o si se las arreglan para entrar simultáneamente con el paciente a la sala de consulta. De acuerdo con la actitud del analista existen varias posibilidades de dar forma a esta situación. Los parientes que permanecen en un segundo plano



y que titubean acercarse al analista, se verán reforzados en su circunspección. Aquellos que aparecen de improviso son a menudo rechazados con neutralidad analítica y distanciamiento profesional. Se puede perder así la oportunidad de reconocer la dinámica interpersonal y analizarla con ojo de experto. Por diversas razones, es difícil que el analista se comporte de un modo natural (Heimann 1978).

Es sabido que algunos pacientes deciden separarse o divorciarse durante el curso del tratamiento psicoanalítico. El paciente y su pareja saben que su matrimonio puede ponerse en peligro, de lo que a menudo se previenen buscando un terapeuta de cuyo matrimonio propio los amigos que lo recomiendan dicen que es estable. Al revés, pacientes que mantienen relaciones extramatrimoniales tienden a buscar terapeutas con modos de vida similares, porque creen que esos terapeutas podrán entenderlos especialmente bien. El paciente y su pareja acuden también con estas apremiantes preguntas a la primera entrevista.

En la primera entrevista preguntamos acerca de las personas significativas (Bezugspersonen) del paciente, distinguiendo entre las actuales y las del pasado. Al comienzo de la terapia es útil visualizar cómo las personas significativas reaccionan frente al tratamiento. Lo que los parientes o las amistades reporten de sus propias experiencias terapéuticas pasadas tiene una influencia decisiva sobre la actitud inicial del paciente frente a su propia terapia. Al proporcionar información sobre el tratamiento psicoanalítico, el analista puede responder algunas preguntas apremiantes.

Cualquier contacto con algún familiar debe ser discutido con el paciente. Las situaciones de emergencia forman una excepción a la regla habitual. Estas situaciones de emergencia pueden descubrirse ya en la entrevista inicial o revelarse en el curso del tratamiento. Las tendencias suicidas en el marco de un episodio psicótico demandan acciones rápidas, que a menudo requieren la cooperación de la familia del paciente. Pocas veces se da el caso de dar a un paciente una orden de hospitalización psiquiátrica en contra de su voluntad. Normalmente podemos lograr su propio consentimiento, aunque a menudo solamente sea con la ayuda de su familia.

La entrada de un pariente en la situación de tratamiento se puede dar respondiendo al deseo del paciente o del analista, como también al deseo de la pareja. La respuesta a la pregunta de qué es lo que precipita la interacción con los parientes (aparte de las situaciones de emergencia), nos lleva a la definición del paciente ideal: alguien con la capacidad y con la voluntad de traer la parte neurótica de sus trastornos de relación a la transferencia con el analista de tal modo, que sus conflictos se reproduzcan y puedan ser resueltos con éste. En otras palabras, alguien que sufre, pero que elabora sus conflictos en el análisis. Las reacciones de los parientes dependen, por supuesto, de cómo el paciente transmita las experiencias que tiene en el análisis. El método psicoanalítico requiere una alta capacidad de introspección de parte del paciente y también de su familia. Sin embargo, a menudo no se dan inicialmente estas capacidades

en todos los involucrados. El progreso de un tratamiento puede, también en un pariente, movilizar algo que ninguno de los dos es capaz de sobrellevar: entonces, uno de los dos miembros de la pareja pide ayuda al analista para superar este problema.

En toda consideración sobre el tipo de ayuda que puede ser ofrecida por el psicoanalista, debe tenerse en cuenta que la situación terapéutica hace revivir modelos de comportamiento infantil tanto en el paciente como en sus parientes. Este hecho nos obliga, en caso de citar a un pariente, a sopesar muy cuidadosamente lo que decimos y cuánto decimos. Si se habla a solas con un miembro de la familia, tenemos que contar con el hecho de que cada palabra y cada información que demos al pariente va a ser retransmitida al paciente de manera más o menos incompleta y subjetiva.

Si por algún motivo decidimos no tener una conversación entre los tres, es recomendable entonces comunicar al paciente lo que hemos dicho a su pariente. Menninger y Holzman (1958) prefieren hacer esto antes de conversar con el familiar; probablemente, esto no es decisivo para la reacción del paciente. Más importante es tomar la decisión de hablar con los dos conjuntamente. Así se reduce el riesgo de que la información sea distorsionada, pero por otro lado se sucumbe a la tentación de considerar como objetivos los datos y descripciones que el paciente ofrece sobre sus relaciones. Al respecto, Greenacre opina:

Mientras es indudablemente verdadero que la visión de la situación total del analista puede en ciertos puntos verse seriamente restringida por su necesidad de trabajo microscópico o por una sobreidentificación con el paciente, esto parece conducir a la larga a distorsiones menores [...] que si el analista sucumbe a la presión de información externa, la cual a veces es en lo más mínimo objetiva (Greenacre 1954, p.682).

Greenacre sigue el principio de nunca dar o recoger información específica concerniente al paciente sin su claro conocimiento y consentimiento y de sólo hacerlo a petición de él.

A continuación, queremos exponer algunas consideraciones sobre este punto. El manejo con familiares crea dos tipos de complicaciones para la técnica psicoanalítica: las del interior hacia el exterior y las del exterior hacia el interior.

Si el paciente no logra incorporar sus conflictos en la relación transferencial, éstos se manifiestan repitiéndose más allá de la transferencia, en todas sus actividades y relaciones de vida. Esta compulsión a la repetición fuera de la situación terapéutica reemplaza el impulso a recordar y es actuada principalmente dentro de la familia. El analista tiene entonces que discernir si el paciente evita con esta actuación la reelaboración dentro de la relación médico-paciente usando a sus parientes como sustitutos, o si su actuación es tan egosintónica que el paciente no logra incluir sus padecimientos en la relación transferencial; sea cual fuere el caso, la influencia terapéutica se encuentra

obstruida. A menudo, en ciertos casos es difícil obtener claridad. Incluso si definimos la actuación sencillamente como aquellas formas de comportamiento fuera de las sesiones que reemplazan al recuerdo y a la reelaboración dentro del análisis, o sea, que representan repeticiones a través de la acción, el tipo de relación del paciente con su pareja determinará en parte, por ejemplo, cuánto relatará el paciente a sus parientes sobre su análisis. La adecuada información de la pareja garantiza el carácter confidencial de la relación del paciente con el analista, pero asegura a su vez la lealtad frente al pariente. Si un paciente, en forma inadecuada, habla demasiado de su análisis, es posible que sus parientes se angustien y se sientan tentados a intervenir. Por otro lado, si un paciente informa poco acerca de la terapia a sus parientes, éstos se sentirán excluidos y cualquier escepticismo previo frente al analista se verá de este modo reforzado. Esta actuación debe ser prontamente interpretada si se quiere inducir un cambio en el comportamiento del paciente.

A menudo sucede que la angustia del paciente, por ejemplo, el sentimiento de culpa de cambiar mientras que su pareja no tiene la posibilidad de hacerlo, lo tiene tan acosado, que no es posible lograr un avance en el tratamiento. En este caso, hay que ceder al deseo del paciente y citar a la pareja a una sesión aclaratoria. Una conversación de este tipo puede ser muy efectiva en una situación en que el paciente se siente presionado por el sentimiento de exclusión de los parientes.

También aquí vale diferenciar si la inclusión de un pariente corresponde al deseo del paciente, o si el familiar busca el contacto hacia el analista motivado por sus propios miedos. Si un paciente se retrae en el análisis, relatando poco acerca de éste a sus parientes, esta conducta puede reforzar la posición excéntrica de sus familiares. Ellos se sentirán, con razón, como terceros excluidos y tenderán a la contrarreacción. Estas complicaciones son especialmente delicadas, porque, por una parte, debemos proteger las regresiones del paciente y, por la otra, un retiro exagerado en la vida infantil puede corresponder a una tendencia regresiva demasiado intensa por parte del paciente. Debemos dilucidar cuidadosamente la disposición del paciente de excluir la realidad externa y debemos, a veces, frenar su tendencia demasiado intensa a la regresión mediante intervenciones técnicas (por ejemplo, mediante la confrontación con la realidad). Si esto no resulta y un pariente interviene desde afuera en el interior del proceso terapéutico, una conversación conjunta puede distender la situación. Por otro lado, puede darse el caso en que lo conveniente sea tratar de proteger la relación bipersonal y la tensión emergente deba ser tolerada.

Hay que poner especial atención cuando la pareja o el paciente manifiestan el deseo o la exigencia de que la pareja debiera someterse igualmente a una terapia. Junto con tomar en cuenta los sentimientos de culpa del paciente, hay que considerar si acaso este deseo del pariente puede ser expresión de celos, envidia, indefensión o deseo de venganza. También es posible que debido a los

progresos en el tratamiento del paciente se despierten en la pareja deseos de ayuda terapéutica hasta ahora reprimidos, los que deben ser tomados muy en serio. De vez en cuando, el analista tiene que clarificar si la terapia individual no debiera transformarse en una terapia de pareja. En tal caso, la temática de la relación interpersonal relegará los conflictos intrapsíquicos individuales a un segundo plano. Un gran número de estas terapias de pareja son la continuación directa de terapias individuales (Bolk-Weischedel 1978). A veces también puede ser indicado proponer al pariente una terapia separada o dirigirlo a otro analista. Esto último es preferible si la pareja está considerando una separación.

Aunque el problema de los parientes parece encontrarse descuidado en la literatura, creemos poder discernir una tendencia hacia la incorporación de los familiares en el plan de terapia. Esto resulta en parte de la ampliación del espectro de indicación para el psicoanálisis. Entre aquellas personas que buscan tratamiento encontramos una proporción mayor de pacientes con problemas del desarrollo, personalidades narcisistas, casos fronterizos y psicóticos. Junto a los pacientes con problemas adicionales de alcoholismo y drogas, se dan ante todo problemas matrimoniales, con todas sus consecuencias.

Correspondientemente, la encuesta de la Asociación Psicoanalítica Americana en 1976 reveló un incremento en el número de técnicas derivadas del psicoanálisis que incluyen terapias familiares y de pareja (Pulver 1978). El arreglo terapéutico incorpora entonces a los parientes de manera creciente.

La inclusión de los parientes no sólo se hace necesaria en los tratamientos de niños, con psicóticos o con pacientes con un yo insuficientemente estructurado, sino también en algunos neuróticos obsesivos. Por ejemplo, tanto un amigo como la pareja misma pueden servir como "yo auxiliar" (véase Freud 1909d, p.139). Por otra parte, también la actitud del analista ha cambiado en los últimos años, para centrarse en forma creciente más en el paciente que en el método, poniendo también mayor atención sobre la familia y el medio ambiente. La visión de conjunto de Pulver (1978) contiene indicios sobre una mayor flexibilidad. La clientela modificada exige tratamientos modificados, poniendo así un mayor énfasis en las relaciones interpersonales.

## **6.6 Financiamiento ajeno**

### **6.6.1 El psicoanálisis y el sistema alemán de seguros de enfermedad**

Prácticamente todos los pacientes de la República Federal de Alemania (RFA) que consultan a un psicoanalista están afiliados a una mutua de seguros de

salud. Sobre el 90% de la población se encuentra bajo un régimen de seguro obligatorio. Por el momento, las personas que ganan aproximadamente más de DM 4000 mensuales no están obligados a asegurarse por la ley contra el riesgo de enfermedad y se aseguran voluntariamente en una mutua de salud privada. Al momento de la primera entrevista, la mayoría de los pacientes no tienen una idea clara si la mutua de seguro se hace cargo de los costos del tratamiento, o hasta qué monto se extiende el reembolso de los costos.

Solamente aquellas pocas personas precavidas que planifican a largo plazo y que han considerado por un tiempo ya la posibilidad de un psicoanálisis, hacen averiguaciones previas y tienen un plan de financiamiento realista. Pero aquellos que son miembros de las distintas compañías de seguro obligatorio han sido enviados generalmente por el médico de familia, y consultan bajo la suposición de que el poseer un bono para el especialista les significa ser atendidos gratuitamente. Saben que tienen el derecho básico a un tratamiento gratuito por un médico de su libre elección, pero la mayoría tiene una idea extremadamente vaga sobre psicoterapia y psicoanálisis.

Pocos pacientes, de entre los enviados como de entre los que consultan por su cuenta, saben que la psicoterapia dinámica y la psicoterapia analítica son reconocidas por las cajas de seguro y que el analista recibe una bonificación de acuerdo a una escala fija por los servicios prestados. Correspondientemente, la inseguridad es grande y se acompaña de un amplio espectro de reacciones complementarias. Los depresivos tienden a suponer que la psicoterapia analítica no es reconocida por su caja y que ellos no serán capaces de afrontar los gastos por sí mismos. Otros dan por hecho un tratamiento gratuito de sus problemas emocionales y maritales, incluso cuando éstos no puedan ser concebidos como enfermedad. Los pacientes enviados a una clínica psicoanalítica ambulatoria preguntan a la secretaria cómo se encargan de los costos las mutuas de salud. Todas las personas con seguro obligatorio de enfermedad, es decir, aproximadamente el 90% de la población, saben por consultas médicas anteriores que el bono de atención para el especialista les garantiza un tratamiento gratuito. Al médico no le está permitido cobrar a estos pacientes un honorario adicional, más allá de la bonificación entregada por la mutua de seguro.

A más tardar al ponerse de acuerdo con una terapia, si es que no antes, es conveniente informar al paciente sobre el conjunto de normas que rigen en el caso del tratamiento analítico, inclusive el pago dentro del contexto de las compañías de seguro obligatorio o de las privadas. Debido a que el asunto es muy complejo y a que inmediatamente se mezcla con significados subjetivos e inconscientes atribuidos por el paciente, el analista no debería limitarse a proporcionar sólo información restringida. El debe estar al tanto sobre el modo como la asistencia psicoterapéutica de la población se encuadra dentro del sistema alemán de seguros de enfermedad. Consideramos esencial informar al lector sobre las normas actuales, aunque éstas sólo representan el marco externo de la terapia. Es extraordinariamente importante que el paciente y el

analista estén informados sobre el papel de la tercera parte en el financiamiento ajeno, el así llamado "third party payment", y esto a un nivel objetivo, para poder tener claro el significado inconsciente de estas terceras partes y el juego recíproco entre lo que sucede al interior y al exterior de la terapia. Si no se dan informaciones aclaratorias y se descuida interpretarlas conti-nuamente, surgen confusiones que dificultan el proceso analítico. Debemos familiarizar al lector con hechos banales sobre el modo de pagar y con las normas actuales que regulan la aplicación de la psicoterapia analítica dentro del sistema de seguros alemán. Mientras menor sea el conocimiento del paciente y del analista sobre el marco legal y su desarrollo histórico, más difícil se hace poder analizar los multifacéticos significados inconscientes ligados al financiamiento ajeno.

En cualquier tipo de financiamiento ajeno, sea por la mutua de seguro o por los parientes, se originan complicaciones que tienen tanto aspectos externos e inter-nos, como materiales y psíquicos. Está claro que en primera línea nos referimos a la situación en la RFA, aunque no nos dirijamos exclusivamente al lector alemán. El reconocimiento del psicoanálisis como una forma válida para el tratamiento de enfermedades mentales, ha conducido en muchos países a que las cajas de seguro cubran los costos. Esto se refleja inequívocamente en el uso internacional de los términos ingleses como "third party payment" ("financiamiento por terceras partes") y "peer report" ("peritaje hecho por un igual"). Naturalmente, las soluciones que se ha encontrado para la forma de pago a través de las compañías de seguro, que implican la presentación de una solicitud de tratamiento por parte del analista tratante y un procedimiento pericial por un segundo analista, varían considerable-mente de país en país, pero creemos que ciertos problemas típicos son universales, de modo que los analistas de todas las nacionalidades pueden recoger algunas ideas sobre técnica de esta sección. Nuestro conocimiento de la situación en distintos países nos han convencido de que en la RFA (es decir, un país cuya historia a menudo no se ha caracterizado precisamente por una tendencia hacia los compro-misos exitosos) se ha podido solucionar de buena forma este asunto del financia-miento ajeno del tratamiento analítico a través de mutuas, de modo que permite un amplio margen de flexibilidad para cada caso individual. El "third party payment" y el "peer report system", que durante más de un decenio ha probado en la RFA su eficacia, está ahora atrayendo el interés en muchos otros países (Cooper 1984a; Rudominer 1984). Por esta razón, nuestra experiencia merece la atención interna-cional.

Algunos críticos extranjeros como Parin (1978), Parin y Parin-Matthèy (1983b) y Mannoni (1979) no se dieron el trabajo de examinar el sistema de la RFA en detalle antes de condenarlo. Lohmann (1980), de ningún modo un amante del psi-coanálisis institucionalizado, repudió la aseveración de Mannoni (de la escuela de Lacan) de que hay una conexión entre socialización y financiamiento, calificando de ignorantes y grotescas muchas de las críticas de esta autora. Ceteris paribus, los argumentos de Lohmann pueden también

aplicarse a los prejuicios ideológicos de Parin (1978) en contra de la conducción del psicoanálisis en el contexto del sistema de cajas de seguro en la RFA. También de Boor y Moersch (1978) opusieron argumentos objetivos en contra del punto de vista de Parin. Las discusiones entre representantes de varias asociaciones psicoanalíticas europeas en los últimos años han señalado lo difícil que es asimilar la información y dismantelar los pre-juicios. Groen-Prakken (1984) ha presentado un resumen del debate. Esta autora subraya la innegable ventaja de que en algunos países los pacientes puedan ahora obtener un tratamiento psicoanalítico independientemente de sus medios financieros. En términos generales, sin embargo, predomina la preocupación por la temida interferencia de parte de los proveedores del financiamiento. "Intromisión", y no "facilitación", es la palabra más frecuente en el vocabulario de estas discusiones. Debido a que el financiamiento ajeno puede ser sobrellevado por diversas agencias (compañías de seguro de enfermedad, el Estado o el servicio nacional de salud), las diferentes partes negociadoras y contractuales son diferentes de país a país. Pero, en el mundo occidental se puede partir de la base de que los regímenes democráticos o las compañías de seguro, que deben estar al servicio del bien común, respetan la relación médico-paciente de acuerdo con las prescripciones sobre la protección del secreto de los datos y del juramento hipocrático, y no están, en principio, interesadas en la intromisión en la esfera privada y en el quebrantamiento de los mandamientos de la discreción. Lo importante entonces es encontrar soluciones al financiamiento ajeno de manera que, por un lado, se garanticen los derechos del individuo y, por el otro, sean compatibles con los estatutos legales de las mutuas de seguro. El debate internacional actual del financiamiento ajeno nos remite vívidamente a las controversias previas a la introducción del sistema actual en la RFA. Gracias a los esfuerzos de algunos médicos, incluyendo algunos analistas, fue posible establecer, entre la Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; la organización gremial nacional de los médicos que regula los asuntos de salud pública y el pago de los honorarios médicos) y las cajas de seguro, un contrato transparente, con normas claras, que excluyen interferencias manipulativas, poniendo las psicoterapias analíticas al alcance de los miembros de las mutuas en una dimensión que antes era impensable. Hasta bien adentrados los años sesenta, y siguiendo el ejemplo del policlínico del instituto psicoanalítico de Berlín (1920-1933), los psicoanalistas trataron en forma prácticamente gratuita a no pocos de sus pacientes, por un sentido de responsabilidad social (de Boor y Künzler 1963).

A continuación, discutiremos el marco externo del sistema de financiamiento ajeno por las compañías de seguro de enfermedad. El paciente asegurado no paga los honorarios directamente y no recibe una cuenta; el analista percibe los honorarios de la sucursal de la KBV a la que él pertenece. Sin embargo, el paciente tiene una considerable participación monetaria en esta transacción debido a que durante años ha pagado a su compañía una parte sustancial de lo ganado en la forma de un seguro de salud general, que incluye la eventualidad

de una enfermedad cuyos costos sean mayores que la capacidad particular de pago. Un afiliado típico a una de estas cajas paga alrededor de DM 5000 anualmente. Con el pago de estas cuotas éste se ha asegurado un tratamiento médico gratuito. Hay que destacar que el derecho del paciente a una indemnización legal no se dirige al Estado sino a la compañía de seguro de enfermedad, institución que data desde la reglamentación del sistema de seguros implantada por Bismarck. El sistema de seguro social de la RFA es supervisado por el Estado, pero no es un servicio nacional de salud, co-mo, por ejemplo, el sistema de Gran Bretaña.

El paciente sabe cuánto se le deduce de su salario o de su sueldo como contribución a su mutua de seguro, y puede también hacer los cálculos de lo que ha pagado a lo largo de los años y cuántas veces ha utilizado los servicios de la mutua. El paciente tiene derecho a la libre elección del médico. Del mismo modo como las compañías de seguro obligatorio de salud conforman en conjunto una entidad corporativa, prácticamente la totalidad de los médicos son miembros de la KBV.

Los honorarios por servicios médicos son negociados entre estas dos organizaciones corporativas. Expresado en forma simple, esto significa lo siguiente: las compañías de seguro tienen el deber de pagar a través de las asociaciones médicas regionales, que en su conjunto conforman la KBV a nivel nacional. Los médicos tienen, a su vez, el deber de prestar atención médica a los miembros de las mutuas de seguro obligatorio, es decir, a más del 90% de la población. Las asociaciones regionales de la KBV representan los intereses de los médicos en las negociaciones con las compañías de seguro. Obviamente, cada acuerdo tomado sobre el monto de los honorarios médicos significa compromisos negociados sobre una plataforma política y considerando la situación económica general. Como lo mostraremos más adelante, las regulaciones actuales específicas para la psicoterapia analítica y la orientada psicodinámicamente, incluyendo las pautas sobre el pago, representan, en muchos aspectos, uno de estos compromisos.

La mayoría de los analistas son reticentes a ocuparse de estos temas, lo que, naturalmente, tiene el efecto de hacer aparecer la materia más complicada de lo que realmente es. La presencia virtual de la tercera parte que financia el tratamiento es considerada como una fuente de interferencia del proceso psicoanalítico, concebido idealmente como una diada pura. Por este motivo, no es de extrañar que la nostalgia sobre mejores tiempos pasados, donde la fijación de honorarios era asunto netamente privado, aumente con la socialización del financiamiento ajeno.

Las ventajas del antiguo sistema son ciertamente exageradas. El verdadero estado de cosas se puede apreciar en la situación de aquellos países donde la psicoterapia aún no es pagada por las compañías de seguro de enfermedad. Los buenos tiempos pasados eran, en lo que a la atención psicoanalítica se refiere, en realidad, buenos sólo para una proporción ínfima de los enfermos. Para la mayoría, eran malos tiempos. En todos los países donde las cajas de seguro aún



no contribuyen con el financiamiento de los costos del tratamiento psicoanalítico, y, en el caso de hacerlo, sólo en forma insuficiente, sólo las personas solventes están en condiciones de costear un psicoanálisis. En tal caso prevalecen aún las mismas condiciones que Freud lamentó en su famosa alocución de Budapest al final de la primera guerra mundial, es decir, el hecho de que amplios estratos de la población sufren de neurosis severas sin que nada se haga al respecto. Al mismo tiempo, dijo que puede preverse que "alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica" (Freud 1919a, p.162).

En algunos países occidentales la predicción de Freud se ha cumplido, al menos parcialmente, y el financiamiento ajeno ha llegado a ser un aspecto técnico muy discutido, como lo señalan las controversias de los últimos decenios. Es, con todo, sorprendente que el financiamiento ajeno haya llegado sólo hoy en día a ser un problema, ya que los enfermos graves sin altos ingresos obtenidos antes de enfermar, las dueñas de casa, los adolescentes y los niños sin bienes heredados, siempre han dependido del apoyo de terceras partes. El grupo más grande y los más dependientes del financiamiento externo lo constituyen los niños y los adolescentes. En esta sección, al igual que en el resto del libro, nos restringiremos al tratamiento de adultos. Por este motivo, queremos aquí recalcar, especialmente, la enorme importancia que reviste el hecho de que la psicoterapia de niños y adolescentes se encuentre incluida en el marco de los acuerdos tomados entre las compañías de seguro de enfermedad de la RFA y las organizaciones de los médicos. La provisión de los medios financieros también asegura la terapia de los niños que dependen económicamente. El tratamiento precoz de las crisis propias del desarrollo y de estructuras neuróticas in statu nascendi, se hizo posible por la introducción de las psicoterapias psicodinámicas y analíticas en la atención de las mutuas. Queda claro que el tratamiento precoz de las neurosis infantiles en el momento de su formación tiene un enorme significado profiláctico y psicosocial.

Las complicaciones que pueden surgir de la dependencia de un esposo, de parientes más cercanos o de conocidos adinerados, incluso cuando existe la obligación legal de dar ayuda económica, serán discutidas en la sección 6.6.2. Otros problemas técnicos pueden surgir cuando pacientes independientes en lo financiero pagan de su propio bolsillo con dinero que no han ganado por sí mismos. El hombre de los lobos es un buen ejemplo de esta situación.

Originalmente muy rico, empobreció durante la revolución rusa; sin embargo, luego de su emigración, Freud continuó su tratamiento en forma gratuita e incluso lo ayudó en forma indirecta. Creemos que la mayoría de los pacientes, y con esto también los analistas, han dependido siempre del financiamiento directo o indirecto por terceras partes.

Por razones obvias, se idealizó la autonomía de pago de una minoría. En aquellas personas que genuinamente financian su propia terapia se omiten muchas de las complicaciones que inevitablemente acompañan la dependencia

económica de un tercero. Por esto, el proceso analítico ideal (con una meta "interminable") fue concebido con un paciente ficticio que ha demostrado tener en su brillante vida profesional buenas funciones yoicas, aunque limitadas neuróticamente, y que puede pagar adecuadamente a su analista por sus propios medios. Incluso el llamado paciente privado, es decir, el económicamente independiente, hace hoy en día uso, como algo normal, del financiamiento ajeno (al menos parcial) al que tiene derecho. Los problemas que surgen en los tratamientos psicoanalíticos con pacientes ricos y poderosos, como se puede deducir de la publicación de Cremerius y cols. (1979), son mucho mayores de lo que la idealización del pago autónomo quisiera tener que reconocer. Incluso las personas muy ricas toman generalmente un seguro de salud particular y esperan, en forma realista, que su solicitud de financiamiento, que se acompaña de un informe del analista tratante, sea aceptada, al menos para su pago parcial. Los empleados públicos reciben un subsidio que cubre aproximadamente el 60% de los honorarios.

Aproximadamente 50 años después del discurso de Freud en Budapest (1919a), a fines de la primera guerra mundial, las cosas han madurado de tal forma que las neurosis han sido reconocidas como enfermedades por las cajas de seguro en la RFA. Se ha puesto muy poco la atención en el hecho de que el terreno para la aplicación más amplia del psicoanálisis ya había sido allanado por la experiencia recolectada en los años veinte en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín, donde pacientes sin recursos eran tratados a cambio de honorarios mínimos, que incluso no cubrían los costos, y que eran pagados a la clínica y no al terapeuta. Este instituto, el primero de este tipo en el mundo, no sólo era mantenido por la generosidad de su benefactor, Max Eitingon, sino también por el idealismo de sus miembros y candidatos en formación psicoanalítica, los que entregaban gran parte de su tiempo sin cobrar honorarios. La capacidad de este poli-clínico no era grande, pero la atención de un número relativamente pequeño de pacientes era suficiente como para disminuir el problema señalado por Freud en su discurso de Budapest. Aunque él creía que la mayoría de los elementos más importantes y efectivos del psicoanálisis estricto e imparcial, serían adoptados en la psicoterapia para el pueblo, temía que "nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa ..." (Freud 1919a,p.163). También la hipnosis, e incluso la integración de apoyo psíquico y material, tendrían su lugar en esta futura psicoterapia para amplios estratos de la población. La contraposición de Freud entre el psicoanálisis estricto e imparcial con la aplicación masiva de su método, expresada en su metáfora a través del fuerte contraste entre el oro puro del psicoanálisis y el cobre de la sugestión, ha dejado una impresión que persiste hasta el presente. Por esto se hace aún más importante examinar los resultados del informe decenal sobre las actividades del instituto psicoanalítico de Berlín (Radó y cols. 1930), donde se puede comprobar que la aplicación amplia (que de ningún modo puede calificarse como una aplicación "masiva") del psicoanálisis, no llevó consigo una recaída

en la sugestión burda. Freud (1930b) subrayó, en el prólogo a este informe, la importancia de este instituto en su triple función como centro docente, de investigación y de asistencia. Simmel (1930, p.11) destacó que el tratamiento ambulatorio del proletariado y de los pacientes de cajas de seguro obligatorio no se distinguía en nada de la de los pacientes particulares solventes que financian el tratamiento por su cuenta.

En 1946, entre las ruinas del Berlín de postguerra, Kemper y Schultz-Hencke rompieron los moldes fundando el Instituto central de enfermedades psicógenas, dependiente de la institución local de seguro, la futura "caja local de seguro general de enfermedad" (Allgemeine Ortskrankenkasse).

Retrospectivamente, Baumeyer (1971) y Dräger (1971) destacaron, con razón, el gran significado social de esta fundación pionera: "Ella constituyó el primer paso en el reconocimiento de la neurosis como enfermedad por una institución pública en Alemania. Por primera vez una de las instituciones del sistema de seguro social se hacía cargo de los costos del psicoanálisis y de otros tratamientos psicoterapéuticos..."(Dräger 1971, p.267). Dentro de este sistema, los pacientes asegurados pudieron, por primera vez, recibir un tratamiento orientado psicodinámicamente sin costos directos, en una escala mucho mayor que en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín. Dignas de mencionar son las investigaciones pioneras de Dührssen (1962), referentes a la evaluación catamnética de 1004 pacientes que recibieron tratamiento analítico en el Instituto central, donde queda demostrada su efectividad y eficiencia. Baumeyer ha destacado, correctamente, que la actividad de este Instituto central contribuyó significativamente a la superación de la resistencia del sistema de seguro social hacia los tratamientos psicodinámicos: "El Instituto central de enfermedades psicógenas proporcionó a la Sociedad alemana de psicoterapia y terapia psicodinámica gran parte de los argumentos que condujeron, después de muchos años de largas y difíciles negociaciones, a un final exitoso (es decir, al reconocimiento del psicoanálisis como método terapéutico en el marco de las compañías de seguro [nota de los autores])" (Baumeyer 1971, p.231).

El reconocimiento de las neurosis como enfermedades fue un prerrequisito para que, en 1967, se incluyera la llamada psicoterapia estándar en el programa de la mayoría de las cajas de seguro de enfermedad, lo que fue seguido por las demás instituciones públicas en 1971 (Haarstrick 1976; Faber 1981). En este reconocimiento se consideraron algunas restricciones en las obligaciones de las cajas de seguro obligatorio y de las privadas. El sistema de seguros de salud existe para hacer posible que enfermos de cualquier estrato social, independientemente de su situación económica, tengan acceso al necesario tratamiento médico ambulatorio o en régimen de internación en el momento de enfermarse. Aparte de unas pocas circunstancias especiales, el paciente no paga más que la prima de seguro de enfermedad pertinente (aproximadamente el 14% de sus ingresos). De esta forma, las restricciones legales no permiten que las mutuas exijan del paciente una contribución directa

por los costos del tratamiento analítico. Teniendo presente el crecimiento explosivo de los costos de atención médica, queda por verse si esta situación legal no cambiará en el futuro.

Al margen, quisiéramos expresar nuestra opinión de que una solución social justa en la fijación del monto del aporte personal en cada caso, traería consigo problemas prácticos difícilmente solucionables. Por el momento al menos, las reglamentaciones legales vigentes determinan una psicoterapia sin costo adicional alguno para los pacientes asegurados en las compañías de seguro obligatorio, en base a ciertas directivas que veremos a continuación en detalle. En la última versión (marzo de 1984) de las normas legales sobre la aplicación de las psicoterapias psicodinámicas y analíticas, queda definido el método de estas dos formas de terapia y circunscrito su campo de indicación. A continuación reproducimos los pasajes más importantes:

La psicoterapia de orientación psicodinámica y la analítica, en el sentido de este anexo, son formas de psicoterapias orientadas etiológicamente en las que la psi-codinámica inconsciente de los trastornos neuróticos con sintomatología psíquica o somática se torna el objeto del tratamiento. Las técnicas de psicoterapia que no corresponden a las descripciones de psicoterapia de orientación psicodinámica y de psicoterapia analítica, definidas a continuación, no son objeto de atención médica contractual.

a) La psicoterapia de orientación psicodinámica incluye las formas de terapia que tratan los conflictos neuróticos actualmente activos, pero persiguiendo una concentración del proceso terapéutico mediante la limitación de la meta terapéutica, a través de un procedimiento centrado en el conflicto y por la restricción de las tendencias regresivas.

b) La psicoterapia analítica abarca aquellas formas terapéuticas que, junto a la sintomatología neurótica, trata el material conflictivo neurótico y la estructura neurótica subyacente del paciente, con lo cual se pone en movimiento y se promueve el proceso terapéutico, con ayuda del análisis de la transferencia y de la resistencia y el aprovechamiento de los procesos regresivos.

La psicoterapia orientada psicodinámicamente comprende las terapias focales breves y las psicoterapias dinámicas, que ponen a descubierto y trabajan con los conflictos. Estas terapias breves, que se derivan del punto de vista psicodinámico del psicoanálisis, han demostrado efectividad, como lo señalan las investigaciones de Malan (1976), Luborsky (1984) y Strupp y Binder (1984). La psicoterapia ex-presiva de Kernberg (1984), que se basa en el estudio catamnésico de la Fundación Menninger (Kernberg y cols. 1972; Wallerstein 1986), corresponde a lo que en el ámbito germanoparlante conocemos como las técnicas de tratamiento de orientación psicodinámica, reveladoras del conflicto.

De la definición del método de la psicoterapia analítica, el lector puede deducir que los factores que Freud consideraba como los pilares fundamentales del psico-análisis, es decir, la resistencia y la transferencia, así como el uso terapéutico de la regresión, son tomados plenamente en cuenta.

La aplicación de las dos formas de terapia en el marco de las reglamentaciones de las compañías de seguro de salud queda restringida, en principio, a las enfermedades cuyo curso puede ser influenciado en un sentido positivo. El terapeuta tiene que hacer plausible para el analista que actúa como perito que la terapia prevista puede conducir al alivio, al mejoramiento o a la curación de la enfermedad neurótica o psicosomática en cuestión. En el formulario de solicitud, que reproduciremos resumidamente más adelante, debe fundamentarse un pronóstico condicional. Es decir, deben ser expuestos tanto las condiciones que hicieron posible que la sintomatología adquiriera un status de enfermedad y los factores que mantienen estos síntomas. El factor decisivo al considerar el pronóstico queda constituido por las condiciones de cambio que ambas partes, paciente y analista, tienen que ser capaces de crear. El analista debe evaluar, en cada caso individual, lo que él y el paciente son capaces de lograr, luego de haber despertado en éste esperanzas al aceptarlo para una terapia, con las responsabilidades que esto implica. En este contexto, el analista debe además señalar sus criterios pronósticos al colega que hace las veces de perito, es decir, debe especificar en qué descansan sus esperanzas de una eventual mejoría.

En las normas anteriormente mencionadas, el campo de indicación para ambas formas de terapia queda fijado del siguiente modo:

- a) Trastornos psicorreactivos (por ejemplo, neurosis de angustia, fobias, depresiones neuróticas);
- b) neurosis de conversión, neurosis de órgano;
- c) trastornos funcionales vegetativos con etiología psíquica establecida;
- d) impedimento del desarrollo psíquico a raíz de estados emocionales deficitarios tempranos; en casos excepcionales, impedimentos del desarrollo que se relacionan con daños corporales tempranos o malformaciones;
- e) impedimentos del desarrollo psíquico que han resultado de procesos patológicos crónicos severos, en cuanto ofrecen aún un punto de partida para la aplicación de una psicoterapia orientada psicodinámicamente o analítica (por ejemplo, enfermedades reumáticas crónicas, algunas formas particulares de psicosis);
- f) impedimentos del desarrollo psíquico a raíz de situaciones extremas que tienen por consecuencia un menoscabo grave de la personalidad (por ejemplo, encarcelamiento prolongado, traumas psíquicos severos).

El campo de indicación queda más delimitado por una lista de circunstancias bajo las cuales las mutuas de salud no cubren los costos de la psicoterapia:

Las cajas de seguro no cubren las psicoterapias orientadas psicodinámicamente y las analíticas que no estén al servicio de la curación, del mejoramiento de una enfermedad o de la rehabilitación médica. Esto vale especialmente para aquellas medidas que persiguen la adaptación social o laboral, el estímulo laboral, así co-mo la orientación en la educación infantil u otras medidas similares.

En el ámbito de la rehabilitación hay que considerar también los siguientes puntos de vista:

Si se indica exclusivamente como una medida de rehabilitación médica, la terapia analítica y la orientada psicodinámicamente pueden ser aplicadas sólo bajo la con-dición de que los factores psicodinámicos juegen un rol esencial en los impedi-mentos del desarrollo psíquico o en sus repercusiones, y que con la ayuda de la psicoterapia analítica o de orientación psicodinámica se pueda lograr que el pa-ciente se integre, en lo posible por un plazo prolongado, al trabajo, a la profe-sión o a la sociedad...

La aplicación de la psicoterapia de orientación psicodinámica y analítica queda así delimitada desde diversos puntos de vista. Su alcance queda definido en términos metodológicos y orientado nosológicamente (como campo de indicación), aunque al mismo tiempo se adapta bastante al caso individual. La motivación y la capa-cidad de adaptación de cada paciente tienen que ser evaluadas teniendo en vista un éxito posible o probable en el tratamiento. Aquí nos encontramos con la tríada de necesidad, conveniencia y productividad que debe respetar el médico alemán en su actividad diagnóstica y terapéutica, y que lo obliga frente a la comunidad de los asegurados a revisar la eficacia de su terapia y a fundamentarla en términos de la tríada mencionada.

El analista tratante presenta la justificación del plan terapéutico en una solicitud en que los datos personales del paciente se encuentran cifrados. Esta solicitud es examinada, en lo formal y en el contenido, por un perito independiente, también analista, quien debe juzgar si se cumplen los requisitos anteriormente nombrados (tipo de enfermedad e indicación). El perito tiene así una función bien definida. No ejerce ninguna influencia personal sobre el proceso terapéutico y sobre el modo como éste es conducido, pero ciertamente su función le asigna una importancia que puede repercutir sobre la transferencia del paciente, especialmente en las soli-citudes de prolongación del tratamiento. A partir de ese momento, ya no es posi-ble seguir pasando por alto el hecho de que la díada analítica es a este respecto una tríada que incluye un tercero ausente.

La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes  
Efectos de la normativa de la seguridad social sobre el proceso...  
Inevitablemente surgen complicaciones si el analista y el analizando descuidan el hecho de que en muchos aspectos ellos constituyen sólo dos lados de una situación triangular. Mientras menos se clarifique e interprete el papel del

perito en la terapia, tanto más se presta como pantalla de proyección. No es posible comportarse como si el perito no estuviese ahí, ya que la prolongación de la terapia depende efectivamente de su criterio. Al tomar las decisiones, el perito debe respetar las normas sobre la duración del tratamiento. El párrafo pertinente dice: "En la psicoterapia analítica se debe esperar, como regla, un tratamiento satisfactorio en 160 horas, en casos especiales, hasta 240 horas...". Una prolongación de la psicoterapia analítica hasta 300 sesiones es posible bajo circunstancias excepcionales, pero debe ser fundamentada con argumentos detallados. Hay que destacar que aun las 300 sesiones no son el límite absoluto. En la discusión sobre las solicitudes de prolongación expondremos las condiciones bajo las que un tratamiento puede continuarse dentro del marco de las normas. Es claro que en las normas para la realización de las psicoterapias orientadas psicodinámicamente y las analíticas se pactó un compromiso entre muchos aspectos diferentes. Nuestra evaluación positiva de este compromiso quedará aún más nítida en la sección 6.6.2, donde examinaremos las consecuencias de los acuerdos contractuales sobre el proceso analítico.

Queremos ahora llamar la atención sobre un aspecto de política profesional. La introducción de la psicoterapia analítica como un servicio cubierto por el sistema de cajas de seguro de enfermedad tuvo por consecuencia que médicos adecuadamente calificados pueden ser habilitados para prestar los servicios psicoterapéuticos específicos definidos en las normas. Es por esto inusual que los médicos que tienen el título adicional de psicoanalistas se ocupen activamente de otras áreas médicas (medicina general u otra especialidad médica). Su contrato con la KBV, es decir, la habilitación, se restringe al campo del psicoanálisis y de la psicoterapia de orientación psicodinámica. Para la atención psicoanalítica de los miembros de cajas de seguro obligatorio se han incorporado también psicoanalistas no médicos que, además de los estudios académicos (hoy en día es prerequisite tener el título de psicólogo), tengan una formación analítica de varios años, realizada en un instituto acreditado. Se presta a malentendidos el que a estos psicoanalistas no médicos se les llame analistas legos. Hace unos sesenta años atrás, el proceso contra Reik, psicólogo con formación psicoanalítica, llevó a Freud a publicar ¿Pueden los legos ejercer el análisis?(1926e). La acusación de charlatanería en contra de Reik no siguió en ese entonces adelante, pero el proceso tuvo por consecuencia que a los psicoanalistas no médicos no se les permitiera el ejercicio dentro del sistema de seguros de enfermedad austríaco (Leupold-Löwenthal 1984). La incorporación de los psicoanalistas no médicos en la red asistencial de las cajas de seguro en la RFA es ejemplar en la historia del psicoanálisis.

El reconocimiento de las neurosis como enfermedades tuvo por consecuencia que las metas del tratamiento psicoanalítico tuvieran que guiarse según el concepto médico de enfermedad. Las compañías de seguro se encuentran en la obligación de cubrir los costos solamente cuando, por un lado, los síntomas constituyen una enfermedad y, por el otro, cuando, además, se satisface la

tríada de necesidad, con-veniencia y productividad. Estos son los criterios que el médico debe tener en mente en la RFA al tomar medidas diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, también debe tener presente que entre las neurosis y los trastornos del carácter, cuya terapia no es cubierta por las compañías de seguro, hay una transición sin solución de continuidad.

### **6.6.2 Efectos de la normativa de la seguridad social sobre el proceso psicoanalítico**

El proceso analítico está determinado por un gran número de factores que discutiremos en detalle en los capítulos 8 y 9. En este punto nos restringimos a presentar algunas típicas consecuencias de la reglamentación de las cajas de seguros de enfermedad. Queremos comenzar presentando una tesis surgida de nuestra experiencia con las normas, desde los puntos de vista del paciente, del analista tratante, y del analista que actúa como perito. Esta tesis dice así: todo financiamiento ajeno influencia el desarrollo terapéutico de tal modo, que hace surgir problemas típicos que no existen con los analizandos que pagan por su cuenta. Las complicaciones que surgen de modo típico en los análisis que se realizan dentro del marco del sistema de seguros en la RFA son solucionables mediante medios analíticos, es decir, mediante interpretación. Nuestra experiencia confirma la expectativa de Eissler (1974) de que la técnica clásica puede ser también aplicada en tratamientos costeados por las compañías de seguro.

La elaboración de los temas orales y anales se hace más complicada, pero no imposible, cuando la cancelación de los honorarios es indirecta. Ehebald (1978) y Cremerius (1981a) han refutado fundamentalmente la opinión generalizada, expresada claramente por Kemper (1950, p.213), de que el pago directo es nada menos que la fuerza motriz del análisis.

Sin duda alguna las normas implican también restricciones, y es decisivo que los parámetros sociales sean incorporados en el trabajo interpretativo. Cuando esto se hace, puede verse que el financiamiento del tratamiento por los seguros de salud crea, a pesar de sus limitaciones, ante todo un amplio margen de libertad para el paciente y el analista al obviar, por un período, las restricciones financieras. Su dependencia del financiamiento ajeno les posibilita a los dos un margen de libertad sin el cual no quedarían garantizadas las condiciones necesarias para la cura psicoanalítica ni tampoco la existencia material del analista. Sin el pago por las cajas de seguro obligatorio, la mayoría de la población con necesidad de tratamiento no tendría acceso a la psicoterapia analítica y el analista, a su vez, dependería del pequeño número de pacientes que pueden autofinanciarse. Por esto, nuevamente recalamos que, desde 1967, todo asegurado dentro del régimen obligatorio en la RFA que presenta síntomas neuróticos con carácter de enfermedad, tiene derecho a una psicoterapia orientada etiológicamente. El paciente sin recursos propios no



depende ya de la generosidad de un amigo o de un pariente solvente. Así, la puesta en práctica del análisis no depende más de los factores económicos que inevitablemente ejercían una indebida influencia en los procesos de toma de decisiones. Honorarios más bajos que los adecuados, por un trabajo analítico que requiere mucho tiempo y que es altamente calificado, trae dificultades adicionales considerables por ambos lados. Estas dificultades pueden variar por los motivos más diversos. Freud refirió experiencias negativas en los tratamientos gratuitos, pero aseguró además que, en ocasiones, uno se encuentra también con "hombres valiosos y desvalidos sin culpa suya, en quienes el tratamiento gratuito no tropieza con tales obstáculos y alcanza buenos resultados" (Freud 1913c, p.134).

El pago por las mutuas de seguro permite también la independencia del paciente frente a la benevolencia del analista. En muchos países aún se cuenta con el espíritu de sacrificio de los analistas. Allí, la responsabilidad social nace junto a las instituciones psicoanalíticas ambulatorias, donde analistas jóvenes o candidatos en formación tratan a pacientes por honorarios tan bajos que no alcanzan a cubrir ni siquiera sus gastos personales. En muchos lugares se da el caso de analistas experimentados que viven de su consulta privada y que ofrecen gratuitamente su tiempo para supervisiones. En países donde no se ha encontrado una solución similar al sistema de la RFA rigen aún las mismas condiciones que se daban en el viejo instituto psicoanalítico de Berlín, fundado por Eitington con medios particulares, donde los pacientes de bajos ingresos eran atendidos a cambio de un honorario mínimo.

Respecto del financiamiento, el contraste entre la situación actual en la RFA con la de aquellos países sin una reglamentación de cajas de seguro de enfermedad es evidente. Un analista de la RFA percibe actualmente entre DM 80-100 la hora, teniendo así un ingreso que, aunque seguro, es limitado, especialmente si se considera que la formación analítica es larga y costosa. (Desde el punto de vista de un analista latinoamericano, y aun considerando las diferencias en el costo de la vida y en el poder de compra, los analistas alemanes de ningún modo están mal remunerados; nota de J.P. Jiménez.)

En general, la reglamentación de honorarios aún subestima el servicio personal que el médico presta. Esto es particularmente válido para los psicoanalistas, cuyo trabajo es altamente especializado y que requiere de mucha inversión de tiempo. Entre otras cosas, esto refleja una idealización ampliamente difundida que va de la mano con una simultánea desvalorización. La atención psicoterapéutica es llevada al nivel más alto, inmaterial, y glorificada. No se le debe asociar a cosas mundanas y, por cierto, no con algo tan sucio como el dinero; ella debe permanecer impagable y, por esto, no debe ser ejercida sobre una base profesional. Simultáneamente, tanto legos como médicos desvalorizan la psicoterapia en los mismos términos: "ahí no se hace otra cosa que hablar; eso no tiene valor alguno, por lo tanto no debe costar nada." Idealización y desvalorización cobran su precio en el presupuesto psíquico de cada paciente y, ¿quién paga la cuenta? Si el paciente no paga los honorarios

del analista de su propio bolsillo, no se le posibilita tener la experiencia de una reparación directa, simbólica. Por esto, es esencial tener presente e interpretar la compensación indirecta del analista por las compañías de seguro, cuyo afiliado es el paciente. La función de terceras personas constituye un aspecto de significado múltiple en la interacción entre paciente y analista, que debe ser permanentemente dilucidado a lo largo del análisis, con el objeto de que el analista pueda anular cualquier tipo de distorsión y proyección de partes propias de sí mismo. La asociación de idealización y desvalorización en el pago de honorarios es sólo un ejemplo entre muchos otros. Debemos a Cremerius (1981a) la investigación sistemática de varios aspectos de la influencia del financiamiento a través de mutuas de seguro sobre la relación entre el paciente y el analista, así como sobre el desarrollo y la configuración de la neurosis de transferencia. Naturalmente, el reconocimiento del psicoanálisis como terapia en el marco de la seguridad social también incrementó el prestigio social de la profesión. Sin duda alguna, este factor ha ejercido una influencia positiva tanto sobre el paciente como sobre el analista, aun cuando ésta no sea la dimensión esencial para el establecimiento de una relación terapéutica digna de confianza.

El financiamiento de la terapia analítica a través de las mutuas ha creado una base que ha permitido la independencia del analista de los pacientes privados pudientes que pagan su cuenta puntualmente. El puede ahora, como lo ha manifestado Ehebald (1978), conducir entrevistas iniciales (hasta seis sesiones, como base para elevar la solicitud) centradas exclusivamente en el paciente, porque en la decisión que debe tomar sobre el tipo de terapia a seguir se encuentra liberado de la presión que ejerce la pregunta de cuánto dinero dispone el paciente. El analista que practica hoy en día en la RFA ya no tiene que preocuparse (como Freud y Eissler) de mantener un equilibrio entre el número de tratamientos gratuitos o terapias a honorarios rebajados y el nivel de vida que desea tener. Tomando en cuenta esto, queremos recordar las siguientes reflexiones de Freud: "...pero debe tenerse en cuenta que un tratamiento gratuito importa para el psicoanalista mucho más que para cualquier otro: le sustrae una fracción considerable del tiempo de trabajo de que dispone para ganarse la vida ... por un lapso de muchos meses." Un segundo tratamiento gratuito le arrebatará su capacidad de ganarse la vida de tal manera, lo cual sería equiparable "al efecto de un grave accidente traumático". A continuación, Freud plantea la duda de si "la ventaja para el enfermo contrapesa en alguna medida el sacrificio del médico" (Freud 1913c, p.133).

Queremos entender estas reflexiones de Freud en el sentido de que se trata de encontrar una solución aceptable para ambas partes. Por esta razón, hemos acen-tuado que el paciente financia en parte su propia terapia a través de sus contribu-ciones a la mutua de salud, y que su sentimiento de formar parte de la sociedad se ve reforzado por el hecho de que, más allá de esta contribución, la comunidad solidaria de los asegurados se hace cargo de sus gastos. A

diferencia de los problemas que se presentan en tratamientos gratuitos o en terapias en policlínicos con honorarios muy bajos, y que son extremadamente difíciles de solucionar analíticamente, las complicaciones que pueden surgir del hecho de que el paciente no necesita pagar nada directamente de su propio bolsillo pueden ser solucionadas a través de la interpretación. La contratransferencia del analista es ostensiblemente menos perturbada si su servicio es adecuadamente recompensado, y, en este sentido, es irrelevante de dónde provenga el dinero.

Sin embargo, la situación es diferente para los analistas jóvenes o para los candidatos en formación que tratan prácticamente en forma gratuita en los policlínicos de los institutos psicoanalíticos, teniendo a veces incluso que costear los honorarios propios de sus respectivas supervisiones. Estos problemas se hacen evidentes cuando, al concluir sus períodos de formación, a menudo ponen también término a tales análisis. A pesar de las serias dificultades técnicas que pueden surgir, compartimos el punto de vista de Cremerius (1981a) de que la cancelación indirecta no constituye un obstáculo grave para el proceso psicoanalítico. Las complicaciones inherentes a las normas psicoterapéuticas residen más bien en otra área, como lo veremos a continuación.

Las dificultades surgen, en conexión con las normas psicoterapéuticas, con el concepto médico de enfermedad y con la fijación de un plazo para el financiamiento por las compañías de seguro obligatorio, definido bajo los términos de necesidad, conveniencia y productividad. Las normas reflejan el compromiso entre las exigencias de la terapia analítica y las normas legales. Examinemos en primer lugar el ámbito de la concordancia entre las normas y la práctica psicoanalítica. Con este objeto, es conveniente que el lector conozca las secciones 6 y 9 del formulario que debe responder el analista solicitante, y que debe ser presentado al analista que hace de perito. En estos dos números hay que responder lo siguiente:

#### 6) Psicodinámica de la condición neurótica.

Descripción del desarrollo neurótico y del conflicto intrapsíquico, incluyendo la formación del compromiso neurótico y de los síntomas resultantes.

Descripción del momento de aparición de los síntomas y de los factores desencadenantes en relación con el desarrollo psicodinámico.

#### 9) Pronóstico de la psicoterapia.

Enjuiciamiento de la motivación del paciente, conciencia de sus problemas, capacidad de establecer relaciones, formalidad y áreas de buen funcionamiento. En particular, enjuiciamiento de la capacidad de, o de la tendencia a, la regresión, dimensión de la fijación, de la flexibilidad, del potencial de desarrollo y de la conciencia de enfermedad...

Las normas exigen aquí del analista solicitante nada más que una justificación racional de su acción terapéutica de acuerdo con los principios de la teoría

etiología del psicoanálisis. El analista consultor también se orienta según el conocimiento psicoanalítico básico y su propio bagaje de experiencia. Este trasfondo le permite evaluar la plausibilidad de las relaciones psicodinámicas descritas por el analista solicitante. Su tarea principal consiste en determinar si los síntomas constituyen enfermedad. Además, con la incorporación de otros puntos de la solicitud, el perito puede formarse una opinión sobre si la conexión entre el compromiso neurótico y los síntomas y el planteamiento general de la terapia es o no convincente. Obviamente, el perito no puede determinar si estas descripciones corresponden a la realidad o si el analista tratante efectivamente se orienta de acuerdo con ellas en la conducción del tratamiento. Sin embargo, a partir de ellas puede formarse una cierta idea sobre el curso de la terapia, ya que el analista tratante está obligado, al solicitar una prolongación del financiamiento para las siguientes 80 sesiones, a entregar un resumen del curso de la terapia realizada y a describir el cambio en los síntomas en relación a la transferencia y a la resistencia. La reevaluación del pronóstico, considerando la regresión y la fijación, es uno de los aspectos más importantes del esquema que subyace a las solicitudes de prolongación. Al lector le habrá quedado claro, que tanto el analista solicitante como el perito se mueven dentro de un esquema de indicación y proceso que contiene principios esenciales de la teoría psicoanalítica. Sin esta base común, no podría funcionar ningún "peer report system". Incluso Beland (1978), en una toma de posición muy crítica, concedió que este sistema de informe pericial había probado ser válido. La función claramente definida del analista consultor no le permite intervenir en la conducción del tratamiento de su colega. Su posición se torna más difícil cuando tiene la impresión de que en la solicitud se describen procesos cuya lógica no atina a entender. De toda solicitud se espera una cierta fuerza persuasiva y coherencia interna. En una solicitud de prolongación se debe explicar cómo se está desarrollando la neurosis de transferencia y qué cambios en los síntomas (mejoramiento o empeoramiento) resultan de ésta. El "peer report system" ha llevado a que, en casos de dudas, el perito se comunique con el colega solicitante lo que ha sido motivo de una intensificación del diálogo entre analistas.

Pensamos que estas observaciones, en relación a un aspecto fundamental de las normas, ya son tal vez suficientes para fundamentar la siguiente opinión: en la solicitud dirigida al colega perito para la aceptación o la continuación de la psicoterapia analítica o la psicoterapia de orientación psicodinámica se trata, al igual que en todo seminario de técnica, de hacer concordar las evaluaciones psicodinámicas con los pasos llevados a cabo en el tratamiento y demostrar en el desarrollo de la terapia cómo el paciente reacciona frente a ella. Y esto porque la conformidad final de un tratamiento se decide por el lado de los progresos del paciente.

Por eso es recomendable, no sólo por razones legales sino también por motivos técnicos, redactar las solicitudes de tal modo que el paciente pueda, según sea su deseo, leerlas y entenderlas. La ingerencia del paciente mayor de edad en las

re-flexiones sumarias del analista es probablemente solamente dañina cuando éstas difieren considerablemente de las intelecciones que fueron transmitidas en las interpretaciones. Si la discrepancia entre aquello que sale en la solicitud y lo que el paciente experimenta en la terapia no puede ser zanjada en el diálogo sobre el contenido de la solicitud, la posibilidad de obtener una ganancia de insight mutuo no puede ser estimada como alta. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la probabilidad de lograr una cura exitosa es entonces también muy baja.

Las normas exigen al analista tratante una especie de autosupervisión. La mayoría de los analistas están de acuerdo en que es indispensable reflexionar ocasionalmente en forma intensiva sobre el desarrollo de una terapia en base a criterios analíticos. En el caso de un procedimiento de revisión pericial, un segundo analista, con funciones precisas y claramente definidas, toma posición frente a los resultados de esas reflexiones, incidentalmente, con derecho de apelación del analista solicitante. Si se considera la autosupervisión como el primer paso de un trabajo científico en la consulta, se podría entonces ver el procedimiento de revisión pericial como una ampliación de la autosupervisión. De hecho, en muchos aspectos, las solicitudes representan un pozo de conocimientos que está todavía lejos de ser agotado. Pues las solicitudes reflejan la manera como el analista tratante ve y describe la práctica psicoanalítica en el marco del esquema psicoanalítico expuesto en las normas.

Es una perogrullada decir que el proceso psicoanalítico toma tiempo; pero es justamente por este motivo que las solicitudes de prolongación de tratamiento y la imposición de un límite en el número de sesiones representan los mayores problemas de principio y de técnica. Por esta razón queremos extendernos en este tema.

Los componentes de este compromiso son los siguientes:

1) Por un lado, ya las primeras estadísticas obtenidas en el antiguo Instituto Psicoanalítico de Berlín, a pesar de sus insuficiencias metodológicas, demostraban que en muchos casos se pueden lograr resultados satisfactorios en psicoterapias psicodinámicas y analíticas de duración limitada.

2) Por otro lado, los análisis se han ido prolongando cada vez más desde los años cincuenta. La punta de lanza de las "superterapias" (Balint 1954, p.158) la constituyen los análisis didácticos cada vez más largos.

3) Las metas de estos análisis se alejan cada vez más de la terapia de los síntomas atribuibles a una enfermedad, definida en términos médicos, y de lo que se puede probar como necesario, productivo y conveniente.

Con el mejoramiento de los síntomas patológicos a partir de cambios estructurales parciales, y parafraseando a Freud (1895d, p.309), normalmente se muda la miseria neurótica en felicidad ordinaria, que, sin embargo, puede no estar libre de desgracia y de tragedia existencial. Cuando se alcanza este estado, es un problema de criterio.

A pesar de las limitaciones de tiempo, las normas no imponen un límite superior absoluto. Sin embargo, como uno de nosotros (H.Thomä) ha podido establecer en su calidad de perito, sucede más bien raras veces que las solicitudes para una prolongación más allá de los límites temporales estándares se justifiquen del modo como Freud lo exigiera para el desarrollo de análisis especialmente profundos (al respecto, véase el capítulo 10). Más a menudo uno se topa con una argumentación que indica que no es cosa fácil lograr una relación equilibrada entre el marco temporal y la utilización terapéutica de los procesos regresivos. En el cap. 8 nos ocuparemos en detalle del aprovechamiento de las regresiones, contentándonos por el momento con decir que en la psicoterapia analítica dentro del marco de las normas es muy importante tener siempre presente la realidad social y económica. Esta no permite la regresión como meta en sí. La situación de las compañías de seguro y la de sus afiliados juegan en esto un papel importante. Así llegamos al siguiente componente del compromiso logrado:

4) La razón por la que las consideraciones financieras jugaron un papel en la limitación de la duración de los tratamientos debe verse en que los aseguradores previeron numerosos dilemas insolubles, incluyendo problemas financieros, en el caso de un ablandamiento de la definición médica de enfermedad y de una extensión de la cobertura de la ayuda financiera para eliminar problemas sociales y familiares o para elevar la llamada calidad de vida.

En relación con esto, Beland expone lo siguiente:

Este tipo de restricción de medios por motivos económicos, es entendible y aceptable para los pacientes, los terapeutas y los peritos; es honesta y no requiere ninguna justificación basada en una teoría de la neurosis. El dilema al que se enfrenta este sistema de salud, a saber, al tener que legitimar la limitación en la prestación de servicios en base a una teoría de tratamiento, en vez de hacerlo con el fundamento de la falta de dinero, es una situación miserable, dañina para el perito, para el tratante y, sobre todo, para el paciente. Por esto, sería deseable que los peritos se liberaran de tener que justificar, por su parte, por qué el servicio termina a las 240 ó 300 horas (Beland 1978, p.9).

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que la teoría del tratamiento que subyace a las normas no fija un límite absoluto. Esta teoría se organiza de un modo estrictamente psicoanalítico, motivo por el que se hace necesaria la comprobación empírica en el sentido de Freud (véase cap.10). No obstante, como ya lo hemos expuesto, la limitación de medios que llevó a la restricción de los servicios, hizo su aporte por otras razones: en primer lugar, ha quedado demostrado que en muchos pacientes se puede lograr una mejoría duradera de los síntomas dentro de las 300 sesiones, lo que permite sospechar también un cambio, al menos parcial, en la estructura. No queremos

adentrarnos en este momento en las dificultades de probar si esto es verdaderamente así. En segundo lugar, ha quedado a su vez demostrado que un número importante de los análisis continuados después del límite establecido han conducido a un enriquecimiento de la calidad de vida, más allá de lo "enfermo" o de lo "sano", es decir, más allá del concepto médico de enfermedad. Quisiéramos recomendar al analista tratante y al perito que consideren detenidamente las notas críticas de Beland y nuestras propias reflexiones; pues es esencial que la realidad social sea incorporada en la interpretación de la neurosis de transferencia, pero, a la vez, sin olvidar la flexibilidad de las normas.

Tiene poco sentido hablar ya en las primeras sesiones sobre la duración del análisis, sea pensando en la limitación establecida por las normas, o teniendo en vista un utópico análisis interminable. Tal proceder puede incluso tener consecuencias antiterapéuticas. Sin embargo, es indispensable incorporar el tiempo y el dinero, y con ellos también el papel que juega el perito, en las interpretaciones transferenciales dentro del contexto de las solicitudes de prolongación. Si llegara a surgir el riesgo de un suicidio a causa de la expiración del período de tratamiento financiado por las cajas de seguro, el analista debería, antes de criticar las restricciones impuestas por las normas, reflexionar sobre el modo como ha conducido el tratamiento.

Afortunadamente, corresponde a nuestra experiencia analítica que la mayoría de los casos tratados conforme a las normas experimentan cambios positivos en la sintomatología, y con ello también cambios temáticos desde lo patológico a las dificultades de vida, que tampoco Freud contaba entre las neurosis. Las normas permiten incluso un análisis largo para pacientes graves, cuando éste se documenta con un pronóstico con reservas.

En resumen, la mayoría de las psicoterapias de orientación psicodinámica y analíticas pueden ser concluidas dentro de los límites expuestos en las normas, es decir, después de las 50 (a veces hasta 80 sesiones) o de las 240 (300) sesiones respectivamente. Naturalmente, sería importante conocer los resultados de la terapia y, con respecto al financiamiento ajeno, sería interesante conocer qué pacientes, y por qué razones, financian por sí mismos las terapias que se prolongan más allá de las normas. En ambos casos tenemos que contentarnos con estimaciones. Los resultados de la investigación en psicoterapia indican que aproximadamente dos tercios de los pacientes terminan su terapia curados o con un mejoramiento considerable en sus síntomas, mientras que el tercio restante no muestra ninguna mejoría significativa en la sintomatología.

Queda sin resolver el problema de si estos últimos pacientes podrían curarse o mejorarse con una terapia más larga bajo las mismas condiciones (el mismo analista y financiamiento ajeno) o bajo condiciones modificadas (por ejemplo, financiamiento propio en vez de ajeno) pero sin variación o modificación del método ni cambio del analista. En cambio, creemos conocer las circunstancias bajo las cuales los pacientes están dispuestos a continuar su análisis a costa de sí

mismos una vez que el financiamiento ajeno ha expirado. Para poder contestar esta pregunta, debe-mos volver al comienzo de la terapia y examinar la influencia general que tiene el proceso analítico sobre el pensar y el vivenciar. Al principio, todos los pacientes tienen sus expectativas y sus esperanzas puestas en querer mejorarse y ser productivos y se interesan por saber lo efectiva que es la terapia analítica. El creciente insight en los conflictos de relación y la asociación de éstos con fluctuaciones en los síntomas puede, por cierto, conducir a expectativas que poco tienen que ver con el concepto médico de salud y enfermedad o con las normas basadas en este concepto.

Las dificultades de vida y las expectativas (Zielvorstellungen: representaciones-meta) que los analizandos desarrollan a lo largo del tratamiento, a menudo coinciden de manera sólo marginal con el concepto médico de enfermedad y de salud, respectivamente. Faber (1981), con todo respeto al elemento utópico que caracteriza el deseo de descubrimiento de sí mismo con ayuda del psicoanálisis, ha señalado que "los elementos ilusorios y utópicos en las expectativas (Zielvorstellungen) deben ser concebidos también como fenómenos transferenciales y contra-transferenciales". Este autor argumenta que la realización de las utopías psicoanalíticas fundadas debe ser llevada adelante con sensatez y regularidad, como un "tra-bajo de cultura como el desecamiento del Zuydersee" (Freud 1933a, p.74) [La frase inmediatamente anterior a esta cita es la famosa "Wo Es war, soll Ich werden", que contiene toda una teoría de la curación; nota de J.P. Jiménez].

Estimamos que aproximadamente del 10% al 20% de los pacientes de una consulta psicoanalítica corriente financian la continuación de sus análisis por sus propios medios una vez que ha expirado el financiamiento ajeno. Este grupo es muy heterogéneo y la esperanza de estos pacientes puede estar orientada hacia las metas más variadas. Una categoría de este grupo la forman aquellos que han buscado el análisis debido a la severidad de sus síntomas. A la luz de lo dicho anteriormente, creemos que mediante solicitudes fundamentadas científicamente podría lograrse la aprobación de la continuación de terapias en muchos de estos casos.

Otra categoría de personas que autofinancian secundariamente sus análisis son aquellas que esperan poder dar a sus vidas un sentido más profundo. Algunos pueden tolerar su profesión o su vida sólo con la ayuda de una relación con un analista. El valor que atribuye un analizando a esta búsqueda de un sentido más profundo, independiente de consideraciones médicas, está en relación con sus posibilidades materiales. Para un paciente rico y su analista es más fácil, tras un balance de bienes, tomar la decisión de continuar el análisis que, por ejemplo, para un simple empleado que vive únicamente de su sueldo.

Por este motivo, en el momento de cambiar el modo de pago hacia el financiamiento propio, a menudo resulta necesario reducir la frecuencia de las sesiones o los honorarios profesionales. En este último caso, el asunto no es sólo cuestión de cuánto pueda pagar el paciente, sino de qué monto es aún aceptable para el analista sin que las inevitables restricciones y sacrificios pesen tanto



sobre la re-lación analítica que sufra el trabajo en común. Pues una reducción importante en los honorarios para un paciente que tiene 4 sesiones por semana significa para el analista una considerable reducción en los ingresos, situación que afecta especial-mente a los candidatos en formación analítica de todas partes, los que de por sí es-tán en una situación económica precaria. El financiamiento particular de la conti-nuación del análisis puede afectar el estándar de vida del paciente y su familia, con lo que se pueden esperar conflictos adicionales con el tercero escamoteado. En últi-mo término, hay que encontrar algún tipo de equilibrio con el tercero excluido.

Así, son muchos los factores que hay que tomar en cuenta si se quiere que el paciente alcance un equilibrio productivo con las terceras partes -la familia, la compañía de seguro de enfermedad y el analista- y logre una reconciliación consigo mismo.

---

1 En 1923, Freud afirmó que el psicoanálisis no se constituye en contra de la psi-quiatria "como se creería por la conducta casi unánime de los psiquiatras. Antes bien, en su calidad de psicología de lo profundo -psicología de los procesos de la vida anímica sustraídos de la conciencia-, está llamado a ofrecerle la base indispen-sable y a remediar sus limitaciones presentes. El futuro creará, previsiblemente, una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción" (1923a, p.247). A pesar de esta enfática previsión, la relación entre psicoanálisis y psi-quiatria ha permanecido discutida desde ambos lados. Los psiquiatras que después de su formación analítica siguen trabajando como tales no son muchos, especialmente en Europa y en Latinoamérica. Otto Kernberg es en este sentido una excepción notable. El programa freudiano de integrar psicoanálisis y psiquiatría llegó a Kern-berg a través de Ignacio Matte Blanco, profesor de psiquiatría de la Universidad de Chile y psicoanalista fundador de la Asociación Chilena de Psicoanálisis, institu-ciones donde Kernberg completó su formación médica, psiquiátrica y psicoanalítica antes de emigrar a los Estados Unidos (nota de J.P. Jiménez).

---

2 Es interesante notar que Etchegoyen (1986), en su documentado y amplio libro de técnica, utiliza, al exponer la teoría de la primera entrevista, entre otras, las ideas de Bleger y las interesantes contribuciones de Liberman (1972), ambos en la tradi-ción diádica.

Sin embargo, hace un corte claro entre la etapa "diádica" de la relación analítica (primeras entrevistas) y la etapa, diríamos "monádica", del proceso terapéutico pro-piamente tal, o sea, el tratamiento mismo. Después de hacer suya, de alguna manera, la concepción de que todo lo que pasa en la primera entrevista resulta de la inter-acción entre ambos participantes, plantea que

"más allá de lo coyuntural, una vez que se establezca el proceso todo eso desaparecerá y sólo gravitarán la psicopatología del paciente y la pericia del analista" (p.72) (nota de J.P. Jiménez).

## 7 Reglas

### 7.1 La función múltiple de las reglas psicoanalíticas

Freud comparó las reglas del tratamiento psicoanalítico con las reglas del ajedrez: ambas posibilitan una infinita variedad de movimientos, sólo limitada en las fases de apertura y de cierre:

Entre ellas habrá estipulaciones que podrán parecer triviales, y en efecto lo son. Valga en su disculpa no ser sino unas reglas de juego que cobrarán significado desde la trama del plan de juego. Por otra parte, obro bien al presentarlas como unos "consejos" y no pretenderlas incondicionalmente obligatorias. La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica, y hacen posible que un proceder de ordinario legítimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo lleve en algún caso a la meta. Sin embargo, esas constelaciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin (Freud 1913c, p.125).

La comparación con el ajedrez surge de manera natural cuando se trata de ilustrar la diversidad de conducciones posibles de un tratamiento. Las complejas secuencias interaccionales, que en ajedrez subyacen a una determinada forma de defensa o de terminación, tienen semejanzas con las estrategias usadas en la conducción de un tratamiento. Para éstas se formulan recomendaciones en la forma de reglas que expresan consideraciones estratégicas. Las reglas propias del juego en el ajedrez, es decir, aquellas que fijan los movimientos de las figuras y que tienen simultáneamente una función normativa, deben ser, por el contrario, entendidas de manera diferente, pues su observancia es precisamente lo que constituye el juego.

En ajedrez es fácil distinguir entre movimientos que transgreden las reglas y aquellos que sólo son poco convenientes, lo que en psicoanálisis es más difícil. Esto se debe, por un lado, al desarrollo histórico de la teoría y de la técnica psicoanalíticas y, por el otro, a las diferentes funciones que tienen las reglas en psicoanálisis. Como es bien sabido, en los análisis conducidos por Freud la situación analítica tenía más bien el carácter de un experimento asociativo al servicio de la exploración de la génesis de las neurosis. Incluso en sus tratamientos más tardíos, Freud mantuvo elementos de esta situación experimental (Cremerius 1981b). Sus directivas más estrictas e inequívocas las formuló en función del encuadre de esta situación. Las reglas parecieron producir una "situación social cero":

Para Freud sin embargo, la situación analítica no era simplemente su propia versión de las tendencias profesionales contemporáneas; era esencial tanto

para su técnica de trabajo como para su teorizar. Le permitía confrontar al paciente y al público científico (la doble audiencia de Freud) con el hecho de que las producciones del paciente no debían ser desechadas como artefactos de una situación particular, ni por haber sido inducidas por el terapeuta, sino que, por el contrario, debían ser explicadas sobre la base de las actividades psíquicas propias del paciente (De Swaan 1980, p.405).

Hace ya tiempo que quedó claro que este ideal no es apropiado para las ciencias sociales. Simplemente, no ha sido posible producir, en una forma concreta, una "situación social cero", aunque en su papel de fantasía utópica directriz ha tenido una influencia más bien negativa en la práctica psicoanalítica. La mantención estricta de los parámetros (encuadre) debe ser atribuida al hecho de que los analistas los entienden predominantemente como reglas de juego y no como medio para asegurar una estrategia de tratamiento favorable. Wittgenstein trató, aforísticamente, la pregunta de cuán fiablemente tales reglas, aparentemente claras, conducen a la meta deseada:

Una regla está ahí, como un poste de señalización. ¿Deja lugar a dudas sobre el camino que debo emprender? ¿Señala la dirección en que debo ir después de pasar junto a él: si acaso seguir por la carretera, o por el camino peatonal o quizás a campo traviesa? ¿Dónde está dicho qué camino deba seguir: el de la dirección de su dedo o, por ejemplo, el sentido opuesto? Y si no fuera un poste simple de señalización, sino una cadena de postes adyacentes o de rayas de tiza en el suelo, ¿existe una sola manera de interpretarlas? Sólo así puedo decir que el poste de señalización no deja lugar a dudas. O más bien: a veces deja lugar a dudas y a veces no. Y ahora, ésta ya no es una proposición filosófica, sino empírica (Wittgenstein 1953, pp.39-40).

Refiriéndose al concepto de regla en Wittgenstein, Habermas (1981) elaboró la relación entre la introducción de reglas y la posibilidad resultante de establecer significados idénticos y validez intersubjetiva para símbolos simples:

En el concepto de regla confluyen los dos aspectos que caracterizan el uso de símbolos simples: significación idéntica y validez intersubjetiva. Lo que una regla significa en general, puede ilustrarse discrecionalmente en cualquier hecho ejemplar (Habermas 1981, vol.2, p.31).

Las reglas crean una identidad de significados, porque aseguran que los fenómenos que siguen las reglas pueden ser buscados como constantes de entre una multitud de eventos. Ellas constituyen "la unidad en la multiplicidad de sus manifestaciones ejemplares, en las diferentes formas de hacerse reales o de aplicarse" (Habermas 1981, vol.2, p.32). Estas reflexiones son de gran importancia para la comprensión de las reglas que constituyen la situación analítica. Ellas subrayan que lo que el comportamiento de analista y paciente

signifique está unido a la existencia de reglas generales. La trivialidad de algunas reglas, de la que Freud habla en la cita anterior, es el resultado de los afanes de lograr una identidad de significados, aun más allá de los límites de una situación de tratamiento dada. Precisamente, en el campo del psicoanálisis, marcado por tantas inseguridades y contradicciones, las reglas han adquirido la función de mantener estable la cohesión del grupo. El que las reglas sean comunes a todo analista desempeña el papel de marca profesional. Esto explica, por ejemplo, por qué el uso del diván o la alta frecuencia de sesiones han llegado a ser criterios esenciales para decidir si un tratamiento determinado de-berá ser calificado, o no, como "análisis".

El sentido de las reglas reside en la intersubjetividad de su validez. De hecho, una función importante de las reglas es permitir el intercambio intersubjetivo, lo que es particularmente verdadero en psicoanálisis. Un encuadre uniforme asegura que los hallazgos sean comparables, posibilitando así la estandarización del proce-so psicoanalítico (Bachrach 1983). La estandarización es necesaria cuando se trata de comparar datos clínicos y de generalizar observaciones; de otro modo, el ana-lista tendría que restringirse a observar y describir fenómenos desde un punto de vista aleatorio. El paciente puede reaccionar de muchas maneras diferentes, por ejemplo, frente al diván o frente a la posición decúbite, pero el analista posee un cierto espectro de experiencias referentes a estas reacciones, pudiendo, por eso, ex-traer conclusiones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, la estandarización del marco externo a menudo ofrece sólo la apariencia de uniformidad, ya que el efecto de las reglas depende en una gran medida de factores adicionales. La estandarización no debe llevarse hasta el punto en que se convierta en obstáculo para el proceso terapéutico.

En términos de Wittgenstein, nos encontramos aquí frente a proposiciones empíricas que atañen a comparaciones entre reglas, vías y metas. De verdad, modifica-mos las reglas cuando éstas están erradas, por ejemplo, cuando el recostarse sobre el diván tiene un efecto inhibitorio sobre el paciente.

La diversidad de los parámetros es también la razón de por qué las reglas de trata-miento psicoanalíticas no forman un sistema estructurado cerrado, sino que son más bien una colección de directivas sobre áreas diversas y con distinto contenido imperativo. Las recomendaciones de tratamiento más importantes de Freud están dispersas en más de una docena de escritos. Un grupo de estudio del Instituto Sig-mund Freud (Francfort del Main) hizo una lista de 249 de tales recomendaciones e intentó clasificarlas. La ordenación en 11 categorías, que van desde "reglas de comportamiento" hasta reglas "para llegar a un diagnóstico", ilustra la diversidad y los distintos niveles de abstracción de estas recomendaciones (véase Köhler-Weis-ker 1978, Argelander 1979).

Es difícil distinguir cuántas de estas instrucciones son efectivamente reglas de juego del ajedrez psicoanalítico y representan su núcleo constitutivo. Al contrario del ajedrez, no hay reglas cuyo único efecto sea el que dos personas

se junten para jugar. Las reglas psicoanalíticas son siempre reglas estratégicas que deben ser negociadas y continuamente confirmadas en cada relación individual. Esto diferencia el psicoanálisis del ajedrez, donde las reglas de juego y las reglas estratégicas están claramente separadas unas de otras. Las reglas de tratamiento están fundamentalmente orientadas a una meta. Como lo documentó Tafertshofer (1980), ellas pueden ser concebidas como pasos individuales en el método psicoanalítico y así comparadas con otros métodos científicos. Esta orientación a metas prohíbe, sin embargo, precisamente ese tipo de canonización de las reglas, lo que en ajedrez se da por descontado. Freud era consciente de este problema y dio prioridad a la funcionalidad (*Zweckmäßigkeit*, o sea, la adecuación de los medios a los fines). Tenemos la impresión de que una discusión crítica sobre la utilidad de las reglas es algo que todavía está poco desarrollado en psicoanálisis. Es demasiado frecuente que las reglas no sean justificadas en función de su adecuación, sino en relación a su anclaje en la teoría psicoanalítica. Ahora bien, este anclaje teórico es un asunto espinoso. Westmeyer, en una revisión crítica de las reglas de terapia conductual, ha hecho reflexiones que son igualmente válidas para entender las reglas psicoanalíticas. El demuestra que la deducción de reglas tecnológicas desde conocimientos de ciencias básicas es una utopía: "Por eso, las reglas tecnológicas no son verdaderas o falsas, como las leyes o afirmaciones de teorías científicas, sino, más bien, más o menos eficientes o efectivas, en la medida en que después de la aplicación de las recomendaciones resulte el estado buscado" (Westmeyer 1978, p.123). Discutiremos en más detalle este problema en el capítulo 10.

En relación al psicoanálisis, se puede constatar que sus teorías se preguntan de manera muy predominante por las condiciones de la génesis de los trastornos, mientras que las reglas técnicas se orientan a las condiciones necesarias y suficientes para un cambio: la técnica en psicoanálisis no es simplemente una aplicación de la teoría.

La relación entre la función regla de juego y la función estratégica en un tratamiento psicoanalítico particular fluye constantemente. Las necesidades de seguridad y los problemas de identidad estimulan, por parte del analista, la absolutización de las reglas. Las dificultades que surgen en el proceso terapéutico a menudo obligan a un examen de las reglas y, con eso, a poner en cuestión las recomendaciones terapéuticas. Los pacientes también contribuyen a esta fluctuación: a un paciente listo no se le puede pasar por alto que el analista procede de acuerdo con ciertas reglas, aun cuando éste no diga nada sobre ellas. El paciente mismo planteará frecuentemente preguntas sobre la justificación de tal procedimiento. Sin embargo, más tarde o más temprano, el encuadre mismo será objeto de preguntas críticas. Los parámetros que constituyen el encuadre pierden entonces temporalmente su carácter de marco y serán ardorosamente discutidos hasta que hayan sido entendidos y resueltos los determinantes inconscientes que condujeron al paciente a cuestionarlos, o hasta que, correspondientemente, el encuadre sea modificado. Las reglas de

tratamiento tienen la tendencia natural de convertirse en el escenario del conflicto entre paciente y analista; ésta es una experiencia que no puede ser evitada y que incluso no debiera serlo.

Usando el ejemplo de pacientes con trastornos superyoicos, Cremerius (1977) ha demostrado, convincentemente, que los pacientes, a su vez, hacen propias las reglas del analista y comienzan a tratarlas como absolutas. De más está decir que la efectividad de un tratamiento es puesta igualmente en peligro por una absolutización de las reglas, como por un cuestionamiento irrestricto de cada uno de los acuerdos que contribuyen a estructurarlo. Desde un punto de vista terapéutico, es indispensable que el analista varíe las reglas de acuerdo con la situación y con el trastorno individual del paciente. Parafraseando el proverbio, se puede decir que en psicoanálisis las excepciones son la regla. Cuándo y cómo explica el analista las reglas por él mismo introducidas, es algo determinado en gran medida por el carácter de la relación terapéutica.

Nosotros abogamos por una explicación cuidadosa de las reglas en atención a su utilidad (*Zweckmäßigkeit*) terapéutica, sin ocultar las ventajas para la situación de trabajo del analista ni las desventajas para el bienestar actual del paciente. El proceso analítico se desarrolla entonces en el juego recíproco entre el cuestionamiento y el restablecimiento fortalecido de las reglas que acompañan el tratamiento. En los casos favorables, analista y paciente llegan, a lo largo de este juego recíproco, a un acuerdo sobre las reglas óptimas para el tratamiento en cuestión.

Hemos mencionado poco antes que las recomendaciones técnicas en psicoanálisis reflejan todo el espectro de supuestos teóricos básicos e ideas sobre metas terapéuticas, como también el bagaje de experiencias clínicas. No pretendemos en este capítulo hacer una exposición exhaustiva de todas las reglas de tratamiento importantes, sino, más bien, quisiéramos tomar posición en relación a algunas recomendaciones especialmente cruciales, entre las que destaca el problema de la abstinencia, pues ésta se refiere a un principio técnico básico. Tratamos este punto en varios lugares: en la introducción, en los capítulos sobre transferencia, contra-transferencia, primera entrevista y proceso psicoanalítico (capítulos 2, 3, 6 y 9, respectivamente). La abstinencia es, por cierto, un factor importante en la regla fundamental del psicoanálisis y en la atención parejamente flotante del analista, como veremos en la sección siguiente (7.2.3). Con todo, el problema de la abstinencia será también tratado aquí, pues éste ejemplifica, de manera particularmente clara, la función múltiple de las reglas psicoanalíticas y las dificultades que surgen de ello. En psicoanálisis, la abstinencia presenta dos aspectos: como regla, impone limitaciones específicas al paciente, y, como recomendación de neutralidad analítica, coloca restricciones al terapeuta. Laplanche y Pontalis (1972) definen el principio de abstinencia como la "regla de acuerdo con la cual debe conducirse el tratamiento analítico de un modo tal, que se asegure que el paciente encuentre tan pocas satisfacciones sustitutivas para sus síntomas como sea posible" (p.22). La neutralidad es "una de las características definitorias de

la actitud del analista durante el tratamiento" (p.331). En lo sustancial, ambos aspectos constituyen una pareja; por un lado, se basan en las características de toda relación profesional y, por el otro, en las peculiaridades de la situación analítica. Cremerius (1984) ha descrito el destino del concepto de abstinencia en términos muy impactantes. Este autor señala que la primera vez que Freud específicamente necesitó recurrir a esta regla, fue a causa de los problemas que encontró en el tratamiento de mujeres histéricas. Los deseos de relaciones amorosas concretas amenazaban la relación profesional. En primer lugar, el precepto de la abstinencia tiene la función de una "regla de juego", es decir, una regla que asegura la continuación del análisis: "la relación de amor pone término a la posibilidad de influir mediante el tratamiento analítico; una combinación de ambos es una quimera" (Freud 1915a, p.169). En este contexto, Freud cita la norma moral de validez universal, que él quiso reemplazar por consideraciones metodológicas. Hablando estrictamente, no se trata tanto de moralidad general, sino de una norma muy específica que establece el marco de la relación entre analista y paciente al modo de una regla de juego. Con todo, la significación sobresaliente de la regla de la abstinencia resulta del planteamiento de Freud de reemplazar una argumentación normativa por otra metodológica. Mientras que la ética médica urgiría el rechazo estricto de los sentimientos amorosos del paciente, Freud recomienda no perturbar su desarrollo, sino más bien usarlos para alcanzar y analizar mejor los impulsos desiderativos reprimidos. No sólo en base a la ética médica, sino también por razones de método, él afirmó que los deseos eróticos no deberían ser satisfechos:

La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizás ningún enfermo lo toleraría. Lo que quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la modificación, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados (Freud 1915a, p.168).

El propósito de esta recomendación es la mantención de una diferencia de potencial favorable, que se supone mantiene el proceso terapéutico en movimiento. Es necesario destacar que el argumento de Freud es meramente plausible: la conveniencia (*Zweckmäßigkeit*) de mantener la tensión puede investigarse y probarse en el caso individual. La advertencia al terapeuta de no aparecer haciendo concesiones a las pacientes, sea por amabilidad o con intenciones terapéuticas, está también basada en argumentos plausibles capaces de ser fundamentados clínicamente.

Pero el asunto no se quedó ahí. Esta argumentación técnica se alió con los supuestos de la teoría de la pulsión, los que dieron un cimiento a la abstinencia y a la correspondiente actitud de estricta neutralidad por parte del analista. Freud mismo jugó un papel importante en este desarrollo. Cuatro años después de su primera justificación de la regla de la abstinencia, escribió:



En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación -de abstinencia- [...].

Recuerdan ustedes que el paciente enfermó a raíz de una frustración (Versagung) y que sus síntomas le prestan el servicio de unas satisfacciones sustitutivas. En el curso del análisis pueden observar que toda mejoría de su padecer aminora el tempo del restablecimiento y reduce la fuerza pulsional que esfuerza hacia la cu-ración. Ahora bien, no podemos renunciar a esta fuerza pulsional; su reducción sería peligrosa para nuestro propósito terapéutico [...]. Por cruel que suene, debe-mos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva (Freud 1919a, p.158; cursiva en el original).

En este contexto, Freud recomienda que el analista debiera "erigirlo [el padecer del paciente] en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible", detectar "satisfacciones sustitutivas" y pedir al paciente "que renuncie a ellas" con el objeto de que la energía necesaria para el análisis no se escape de entre los dedos. Esto es especialmente necesario en el caso de gratificaciones transferenciales secretas. En contraste con 1915, donde recomendaba sólo una diferencia de potencial favorable, Freud opta ahora por la tensión máxima posible, aumentando así fuertemente la estrictez de la regla de la abstinencia, estrictez que se fundamenta tanto en la teoría de la génesis de los síntomas como en consideraciones económicas.

Ya hemos explicado que la deducción de reglas desde la teoría es utópica, y a menudo dañina, porque así la cuestión de la adecuación (Zweckmäßigkeit) de las reglas es relegada a un segundo plano. La regla de la abstinencia es un ejemplo particularmente bueno, ya que ha tenido efectos claramente desfavorables en el desarrollo de la técnica psicoanalítica. Cremerius (1984) señala que las particu-laridades específicas del tratamiento de la histeria fueron ilícitamente incorporadas al tratamiento de otros tipos de neurosis. Deseos que en mujeres histéricas pueden tener un carácter resistencial evidente, en neurosis obsesivas, fóbicas o de angus-tia, pueden tener significados completamente diferentes. La preocupación del ana-lista de que el paciente pueda encontrar gratificaciones secretas en la transferencia conduce a una actitud defensiva. La función de la regla de la abstinencia ya no es producir una diferencia de potencial favorable que ponga en movimiento un des-arrollo, sino más bien impedir cursos desfavorables. La idea de la indispensable frustración como motor del cambio, ha llegado a ser más que discutible y, sobre todo, ha impedido la consideración de los efectos desfavorables para el proceso terapéutico de una neutralidad exagerada por parte del analista. Para la justificación del precepto de neutralidad no son necesarios los argumen-tos sacados de la teoría de la pulsión; éste puede ser fundamentado también meto-dológicamente. En este sentido, la exigencia de neutralidad se refiere a diferentes campos: en relación al trabajo con el material ofrecido por

el paciente, el analista debe renunciar a seguir sus propios prejuicios; en el terreno de la ambición tera-péutica, el analista debe renunciar a técnicas sugestivas; en el área de las metas del tratamiento, el analista no debe seguir sus propios valores; y, finalmente, en relación al problema de la contratransferencia, el analista debe rechazar cualquier satisfacción secreta de sus propios deseos pulsionales.

Como principio fundamental del método psicoanalítico, la regla de la neutralidad tuvo, desde el principio, una inmensa importancia para la garantía de objetividad y para el establecimiento de una identidad psicoanalítica. El ideal de las ciencias empíricas jugó en esto un papel decisivo. Por estas razones, es difícil encontrar otra regla psicoanalítica con mayor riesgo de ser absolutizada. Entretanto, sin embargo, se ha formado un amplio frente en contra de la absolutización. En 1981, ninguno de los participantes en el simposio de la Asociación Psicoanalítica Americana se pronunció por una aplicación incondicional de una estricta neutralidad analítica (Leider 1984). La experiencia de que se debe permitir, a veces más, a veces menos, gratificación, motivó a Freud a tomar una actitud más flexible en relación a la regla de la abstinencia. Nosotros no tenemos nada en contra de compromisos pragmáticos, mientras no estén en juego razones éticas, y mientras éstos se puedan justificar metodológicamente. Aún más, creemos poder dar un paso hacia adelante, y creer que actualmente los psicoanalistas, por razones de principio, están en condiciones de afrontar con mayor seguridad la regla de la abstinencia. Como ya hemos señalado, la preocupación profesional sobre la posibilidad de gratificar demasiado al paciente, se reforzó considerablemente con argumentos venidos de la teoría de la pulsión. Bajo su influencia, se estableció el ideal de la abstinencia total, con el objeto de levantar la máxima presión intrapsíquica a través de denegar la gratificación edípica, y así desviar las energías psíquicas (cuya descarga es de este modo bloqueada) hacia la revivificación de los recuerdos. A pesar de que se sigue usando la jerga, la mayoría de los analistas han abandonado la hipótesis de la catexis (esto es, el principio económico) en su trabajo clínico. Este proceso empezó décadas atrás, cuando Balint (1935) atribuyó a la ternura una importancia propia, apoyándose en el hecho de que Freud nunca le asignó significación como teoría alternativa. En tanto la condescendencia y el reconocimiento no sean mal-entendidos como estímulos sexuales, no se justifica la angustia del analista de que la más mínima concesión puede conducir por el desvío. La liberación de las cadenas de la regla de la abstinencia puede verse muy claramente en la técnica de Kohut del reconocimiento narcisista. En vista a nuestras decididas dudas sobre la existencia de un narcisismo independiente, debemos suponer, claro está, que tal gratificación narcisista tiene connotaciones edípicas, de tal modo que ella deberá tener, de todos modos, efectos sobre la transferencia libidinosa. Con todo, Kohut tiene razón cuando dice que la regla de la abstinencia debe, hoy por hoy, entenderse de manera diferente. Si consideramos además la función

múltiple de las reglas, que hemos discutido, entonces un cambio en un área determinada bastará para poner en movimiento una corrección en el todo.

## **7.2 La asociación libre como regla fundamental de la terapia**

### **7.2.1 Características y desarrollo del método**

La asociación libre no sólo ocupa el primer lugar en la jerarquía de las reglas. En una carta a Stefan Zweig, del 7 de febrero de 1931, Freud (1960a) menciona, con evidente conformidad, que la técnica de la asociación libre ha sido mirada por muchos como la contribución más importante hecha por el psicoanálisis. También Jones (1954, p.265) cuenta la introducción de la asociación libre, junto al descubrimiento de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo en el marco de su autoanálisis, entre los grandes hechos en la vida científica de Freud. Jones apoya su apreciación en el hecho de que la asociación libre ayuda a encontrar el camino hacia los pensamientos oníricos latentes en la interpretación de los sueños. La formación onírica puede ser reconstruida, porque "[...] con el abandono de las representaciones-meta (Zielvorstellungen) conscientes se entrega a unas representaciones-meta ocultas el gobierno sobre el decurso de las representaciones" (Freud 1900a, p.525; la cursiva es nuestra). Las asociaciones son vistas como indicadores de aquellas "representaciones-meta" a las que el paciente no tiene acceso sin la ayuda interpretativa del analista, porque pertenecen al inconsciente psicodinámico.

Sólo más tarde se asignó al método de la asociación libre, de manera expresa, el status de regla fundamental. En un informe en tercera persona sobre su propia técnica, Freud describió así su desarrollo:

El que esto escribe intentó entonces esforzar también a sus pacientes no hipnotizados a que comunicasen asociaciones (Assoziation), y ello con el objeto de hallar por medio de ese material la vía hacia lo olvidado o lo caído bajo la defensa. Más tarde notó que ese esforzar no era necesario, pues en el paciente casi siempre emergían copiosas ocurrencias, sólo que las apartaba de la comunicación, y aun de la conciencia, en virtud de determinadas objeciones que él mismo se hacía. En la expectativa [...] de que todo cuanto al paciente se le ocurría acerca de un determinado punto de partida se hallaba por fuerza en íntima trabazón con éste, se obtuvo la técnica de educarlo para que renunciase a todas las actitudes críticas, y de aplicar el material de ocurrencias (Einfall) así traído a la luz para el descubrimiento de los nexos buscados (Freud 1923a, p.234).

Estrictamente, existen diferencias importantes en el significado de Einfall (ocurrencia) y Assoziation (asociación), palabras que habitualmente son traducidas al inglés, indistintamente, como association y que, en realidad, también en alemán son usadas a menudo como sinónimos. A una buena ocurrencia le corresponde una connotación creativa, es decir, el carácter de algo nuevo y único, mientras que el sentido de la palabra asociación acentúa la conexión con otra cosa. Por lo menos en el plano de la experiencia subjetiva, una ocurrencia es la expresión espontánea de procesos de pensamiento que llevan a nuevas configuraciones. Por el contrario, es el analista quien ensambla las asociaciones del paciente en un todo significativo. Las ocurrencias tienen una función integrativa que las acerca a la experiencia del insight, como Niederland (véase Seidenberg 1971) ha señalado.

Strachey discutió las dificultades de traducir el término Einfall al inglés, en una nota al pie de la Standard Edition, en el capítulo sobre los actos fallidos de las Conferencias de introducción (1916-17) (problema por lo demás irrelevante para la traducción castellana, pues la palabra "ocurrencia" contiene prácticamente las mis-mas connotaciones del Einfall alemán. En la traducción de J.L. Etcheverry esta nota fue suprimida, seguramente por esa razón; nota de J.P. Jiménez):

Si una persona está pensando en algo y decimos que tuvo un Einfall, implica que algo más ha ocurrido en su mente. Pero cuando decimos que tiene una "asociación", eso parece implicar que aquello que además le ha ocurrido, de alguna manera se conecta con lo que estaba pensando anteriormente. Gran parte de la discusión en estas páginas gira en torno a si acaso el segundo pensamiento se conecta de hecho (o está necesariamente conectado) con el pensamiento original: si acaso se trata de un Einfall o de una "asociación". De tal modo, traducir Einfall por asociación es ya optar por un prejuicio. Sin embargo, no siempre es fácil evitar esta interpretación, en especial en la expresión freie Assoziation, que inevitablemente debe traducirse por "asociación libre". En la presente discusión deben hacerse todos los esfuerzos por evitar la ambigüedad, aun a costa de una fraseología algo engorrosa (Standard Edition vol. 15, p.48).

Los contextos del descubrimiento y del origen de la asociación libre están, ¡cómo podría ser de otra manera!, profundamente entretnejidos en la historia de las ideas. Nos limitaremos a hacer algunas anotaciones sobre el contexto histórico contemporáneo. Incluir los fenómenos psíquicos bajo el postulado del determinismo psíquico permanente, formaba parte de la tradición de la escuela de Helmholtz, en la que Freud estaba incorporado a través de su maestro Brücke; Freud entonces, también subordinó la asociación libre a este postulado. Igualmente fuerte era la influencia de Herbart y Fechner en la psicología de fin de siglo; a través de su maestro Meynert y de su teoría de la asociación, Freud se había familiarizado con ella. Herbart ya había acuñado

conceptos como "apercepción interna", y considerado las "ideas libremente ascendentes" (*freisteigende Vorstellungen*) dinámicamente, esto es, desde el punto de vista de su inhibición recíproca. Para, al menos, mencionar que la historia de la asociación libre no se restringe al pensamiento científico, debemos citar una fuente muy diferente: Bakan (1958) sospecha que el origen de la asociación libre se debe localizar en las técnicas meditativas empleadas en la mística judía.

No es este el lugar para precisar dónde reside la originalidad de la asociación libre en relación a algunos de sus precursores. Lo que sí es seguro es que la técnica de Freud se desarrolló gradualmente a partir de la hipnosis y del método catártico de Breuer. En su autoanálisis, la asociación libre fue de gran ayuda a Freud. Desde un punto de vista actual, no es exagerado decir que, experimentando en sí mismo, Freud descubrió, a través de la asociación libre, la importancia del fantasear para el conocimiento de los procesos psíquicos inconscientes (véase Freud 1926c).

La psicología de la asociación apadrinó la introducción del método de la asociación libre. Se pensó que las asociaciones del paciente, que pueden ensamblarse en series de eslabonamientos y puntos nodales, están timoneadas por "complejos inconscientes". En suma, se podría decir que el "complejo" concebido por Jung (1906), que guía las reacciones en los estudios de asociación experimentales, encontró en el pensamiento de Freud su primera contrapartida, en la convicción de que todos los fenómenos psíquicos están determinados por deseos inconscientes. Un comentario temprano de Freud reza así:

La tarea del psicoanálisis se plantea de manera uniforme para todos los casos; es preciso descubrir complejos que fueron reprimidos a consecuencia de sentimientos displacenteros y que, a raíz del intento de introducirlos en la conciencia, dan de sí unos indicios de resistencia (Freud 1906c, p.94).

Freud trató de llegar a estos complejos, primero a través de la hipnocatarsis y del procedimiento de presión, y, finalmente, a través de la asociación libre. Comentó que los estudios de asociación de Jung hicieron posible "efectuar rápidas corroboraciones experimentales de testimonios psicoanalíticos y documentar ante los estudiantes ciertas constelaciones que el analista sólo habría podido relatar" (1914d, p.27).

Para Freud, el método de la asociación libre, regla fundamental del psicoanálisis, se inscribe dentro de la tradición de la psicología experimental de Wundt, que fue continuada con los experimentos sobre asociación de Jung. La puesta al día histórico-crítica de la teoría del asociacionismo ha tenido considerables consecuencias para nuestro entendimiento de la regla fundamental (Rapaport 1974; Bellak 1961; Colby 1960; Wyss 1958). Del estudio de Zilboorg (1952, p.492), deducimos que a Freud no sólo le era familiar la escuela inglesa de la psicología asociacionista -es bien sabido que

tradujo una obra de John Stuart Mill- sino que, con toda probabilidad, también tenía información sobre un primer autoexperimento en asociación libre, llevado a cabo nada menos que por Galton.

Si pensamos que la terapia consiste en integrar partes en un todo, en ensamblar los elementos como piezas de un rompecabezas o de un puzzle, se entiende entonces que los principios de la psicología de la Gestalt, puestos de relieve por Bernfeld (1934), hayan estado implicados desde el comienzo. A causa de la importancia de esta publicación, relativamente poco conocida y, hasta donde sabemos, aún no traducida, quisiéramos citarla extensamente:

La interpretación de los sueños, el método terapéutico del psicoanálisis, cada sesión individual de análisis, como también extensas áreas de trabajo psicoanalítico en investigación aplicada, se basan en series de pensamientos, imágenes, acciones y afectos que se encuentran, en esencia, en las palabras y sentencias que se presentan al terapeuta e investigador. La tarea de éste, o mejor, su tarea preliminar, consiste en conocer las leyes de esas secuencias. Sobre la base de esas leyes secuenciales puede él entonces explicar, interpretar e influir. En la terminología poco rica de la psicología antigua, se usó la palabra "representación" (Vorstellung) para designar el material de investigación del psicoanálisis, término, aunque al principio de alguna utilidad, de ningún modo preciso y correcto. Las asociaciones de ideas (representaciones) designan entonces, aproximadamente, las secuencias que son presentadas al analista y cuyas leyes debe descubrir. En los primeros tiempos del psicoanálisis estaba totalmente justificado hablar de asociaciones, ya que las secuencias generalmente no se referían a objetos, sino más bien se las consideraba determinadas por fuerzas y metas "internas". De ningún modo esto hace del psicoanálisis una psicología asociacionista (Bernfeld 1934, p.43).

La transición de la asociación centrada en un tema a la asociación libre se realizó a la luz de experiencias que Freud tuvo en los tratamientos y que lo llevaron a reconocer la "resistencia" y la "transferencia" como características constitutivas de las disposiciones inconscientes de los pacientes. Lo que para la hipnosis permaneció totalmente escondido, y con ello inaccesible para el trabajo terapéutico, llegó a entenderse como esencial a través de la introducción del nuevo método. Con esto aludimos a la íntima interdependencia e interrelación entre contenido y método en psicoanálisis o, lo que es lo mismo, a las fructíferas consecuencias que debía tener la asociación libre sobre las posteriores reflexiones teóricas de Freud. Un factor notable es la ayuda que Freud recibió de sus pacientes en el desarrollo de la asociación libre. Por ejemplo, Emmy von N. replicó la insistencia con la que él buscaba el origen de sus síntomas, diciendo que no debía estarle preguntando siempre de dónde venía esto o estotro, sino dejarle contar lo que ella tenía para decirle (Freud 1895d, p.84). La conversación, desde entonces conducida de manera creciente en la forma de asociación libre, no era "un despropósito,

como pudiera pa-recer; más bien incluye la reproducción, bastante completa, de los recuerdos e impresiones nuevas que han influido sobre ella desde nuestra última plática, y a menudo desemboca, de una manera totalmente inesperada, en reminiscencias pató-genas que ella apalabra sin que se lo pidan" (Freud 1895d, p.78).

Este "poner en palabras" (Absprechen) pareciera ser vecino de la abreacción (Abreagieren). En lo sucesivo, Emmy von N. concurreó espontáneamente a la con-versación con pensamientos, como "para complementar la hipnosis", como Freud mismo lo hace notar (1895d, p.78). A través de las ocurrencias (Einfall) libres, co-mo expresión de espontaneidad personal y de libertad de opinión, nació la curación a través de la conversación (talking cure). Con esto se produjo el giro desde la an-terior pasividad del paciente (que debía responder preguntas o desahogarse [ab-reagieren] a través de la catarsis hipnótica) a su participación activa en la estruc-turación del diálogo. Esta manera de organizar la técnica de tratamiento facilitó la asociación libre. Freud (1900a, p.124) subrayó que a algunos pacientes les es di-fícil comunicar los pensamientos emergentes. Al mismo tiempo, empero, informa sobre su experiencia: "Sin embargo, [...] el estado de autoobservación en que se ha abolido la crítica, en modo alguno es difícil. La mayoría de los pacientes lo con-suman después de las primeras indicaciones" (1900a, pp.124-5). La libre aso-ciación se desarrolló a partir de la hipnosis, en el sentido de una "conversación en-tre dos personas igualmente alertas" (Freud 1904a, p.238).

### **7.2.2 Comunicación de la regla fundamental**

El contexto en el cual se comunica la regla fundamental merece una atención especial. A menudo, en una misma sesión y casi de un solo tirón, se discute la regla fundamental y las formalidades del tratamiento, como son los arreglos sobre honorarios, horario de las sesiones y vacaciones, asuntos que, por lo demás, en muchas personas no despiertan sentimientos precisamente agradables. Y de hecho, los distintos aspectos del arreglo se llegan a asociar tan estrechamente, que, muy a menudo, se malentiende la regla fundamental como casi equivalente al contrato, es decir, al convenio relativo a honorarios y al procedimiento a seguir en el caso de interrupciones o de sesiones que no se llegan a realizar. Las ansiedades que el pa-ciente ya trae consigo se refuerzan ante la desacostumbrada perspectiva de tener que descubrir ante un extraño los secretos mejor guardados. En el mejor de los casos, en el curso de la terapia nos enteramos de que no son pocos los pacientes que deciden, durante la comunicación de la regla fundamental, guardar algo para ellos. Inicialmente, no hay mucho más aparte del placer en contar fábulas. Freud trató de aclarar con una anécdota el porqué de no hacer ninguna excepción con el guardarse secretos para sí: "Supongamos que en una ciudad como Viena se admita, como excepción, que no está permitido efectuar arrestos en un lugar como el Hohe

Markt o la iglesia de San Esteban, y después nos empeñemos en dar caza a determinado criminal. No se le hallará en otro lugar que en ese refugio" (Freud 1916-17, p.264).

La regla fundamental entra en conflicto con las representaciones ideales y con las normas de conducta previas, por razones imputables al superyó. El paciente clasifica la exigencia de asociar libremente en la misma categoría que toda la serie de antiguos preceptos (cuya adopción trajo como consecuencia que muchas fuerzas contrarias pasaran a la clandestinidad). ¿Es realmente inevitable que, como lo expresó A. Freud (1936), se produzca una lucha en torno a la adhesión a la regla fundamental? Lo decisivo es la manera como los pacientes experimentan la regla fundamental, y naturalmente esta vivencia no es algo preexistente, sino una variable que depende de la situación y del proceso: ¡mientras más "sagrada" sea la observación de la regla fundamental, más poderosas serán las fuerzas opuestas! Las palabras tienen un peso propio, capaz de crear realidades. Quien habla de lucha terminará luchando. Después de todo, ¿tiene algún sentido luchar cuando la sola mención de la palabra despierta fuerzas encontradas, puesto que el paciente quisiera ganar, por lo menos, una vez? Hay ciertamente muchos caminos de autoafirmación. La experiencia analítica enseña que, en el nivel simbólico, muchas cosas se pueden armonizar con la reserva mental: cuántos pacientes guardan algún secreto por largo tiempo, quizás para siempre. De acuerdo con la teoría analítica, derivados de este secreto y sus raíces inconscientes deberán entrar indirectamente en la elaboración. En este caso, hasta deberíamos esperar síntomas que permitan deducir un foco patógeno, es decir, psicodinámicamente activo. Freud no permitía ninguna excepción a la regla fundamental y exigía de los pacientes una honestidad absoluta; según él, no da buenos resultados hacer excepciones. En un caso en que se permitió hacer una excepción, el paciente, un oficial de alta graduación bajo obligación de sigilo por razones de su cargo, estuvo satisfecho con el resultado del tratamiento; Freud, en cambio, no lo estuvo, y atribuyó esta falta de satisfacción al hecho de haber permitido una excepción (1916-17, p.264). ¿Qué sentido tiene obligar a un paciente a ser honesto, cuando simultáneamente se sabe que resistencias internas lo impiden? La exigencia de honestidad absoluta intensifica la mala conciencia del paciente y, consecuentemente, aumentarán sus sentimientos de culpa inconscientes, lo que conducirá a reacciones terapéuticas negativas. Por el contrario, nos ha dado reiterados buenos resultados no luchar por la regla fundamental, sino permitir excepciones, en la confianza de que la construcción de una relación fiable finalmente otorgará al paciente la suficiente seguridad para confiar también aquellos secretos bien guardados. Freud parece haber tenido semejantes experiencias cuando dice:

Acerca de la poca eficacia de los contratos que se establecen con el paciente por medio de la regla fundamental del psicoanálisis puede uno mismo convencerse, por lo general [...] (1913c, p.136).



Nuestra crítica a la formulación autoritaria de la regla fundamental no se debe entender como un alegato en favor de su derogación. A decir verdad, a través de nuestros argumentos esperamos contribuir a un manejo de ella que incremente la libertad del paciente y su capacidad de asociar. En una comunicación personal, Gill (1984) nos ha llamado la atención sobre el hecho de que utilizar las ocurrencias con propósitos de interpretación, sin haber previamente familiarizado al paciente con el sentido de la regla fundamental, en ningún caso es signo de tolerancia, sino más bien de autoritarismo encubierto. El paciente debe saber, en todo caso, que él puede contribuir al progreso de la terapia y aliviar el oficio del analista, pero también que puede hacerlo más difícil, puesto que escotar conscientemente algunos temas y ocultar ocurrencias es siempre una complicación, que sin duda puede ser iatrogénicamente reforzada: el paciente lucha en contra de la caricatura que el ana-lista le ha bosquejado.

La exigencia de asociación libre pareciera conducir a un dilema. En la medida en que sus esfuerzos conscientes y su libertad de decisión se lo permitan, el paciente puede decir todo lo que se le ocurre. La regla debe animarlo a abandonar la elección crítica consciente, en aras del juego espontáneo de pensamientos. Si se observan las emociones y los pensamientos descritos por el paciente bajo el punto de su determinabilidad, éstos aparecen entonces como no libres, en el sentido de motivados. El paciente no puede disponer de las conexiones de motivación latentes, porque el despliegue de los pensamientos, y de los deseos inconscientes y pre-conscientes, está interrumpido por la llamada censura. La ayuda interpretativa en la superación de la censura facilita al paciente la vivencia de su dependencia de los deseos inconscientes y de las necesidades imperiosas, como también del enriquecimiento que resulta de la apropiación de ellos. La asociación libre no conduce entonces a una paradoja lógica verdadera o totalmente insoluble, sino que, claro está, hace evidentes las contradicciones que yacen en la tensión entre dependencia y autonomía. En realidad, incluso se podría considerar la regla fundamental como símbolo de la contradicción: se es más libre cuando uno se reconcilia con la dependencia del propio cuerpo y sus necesidades imperiosas, y de los demás de quienes no podemos prescindir.

Naturalmente, se desprende que en la comunicación de la regla fundamental se deben usar metáforas que permitan el paso de la estricta obligación de tener que decir todo, a la libertad interior de poder comunicar todo. Si acaso las metáforas propuestas en la literatura, de las cuales quisiéramos ofrecer algunas muestras, cumplen o no esta función, es algo que lógicamente depende de muchas circunstancias, entre las cuales su contenido semántico no se encuentra en el último lugar.

Empecemos con la famosa metáfora del viaje:

No interesa para nada con qué material se empieza -la biografía, el historial clínico o los recuerdos de infancia del paciente-, con tal que se deje al paciente

mis-mo hacer su relato y escoger el punto de partida. Uno le dice, pues: "Antes que yo pueda decirle algo, es preciso que vaya averiguando mucho sobre usted; cuénteme, por favor, lo que sepa de usted mismo".

Lo único que se exceptúa es la regla fundamental de la técnica psicoanalítica, que el paciente tiene que observar. Se lo familiariza con ella desde el principio: "Una cosa todavía, antes que usted comience. En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en ésta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: esto o estotro no viene al ca-so, o no tiene ninguna importancia, o es disparatado y por ende no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haber registrado una repugnancia a hacerlo. Más adelante sabrá y comprenderá usted la razón de este precepto -el único, en verdad, a que debe obedecer-. Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. Compórtese como lo haría, por ejemplo, un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla que describiera para su vecino cómo cambia el paisaje ante su vista. Por último, no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo" (Freud 1913c, pp.135-136).

Esta metáfora señala lo que se quiere decir con libre, esto es, no excluir nada vo-luntaria y conscientemente de la comunicación. Mientras la metáfora del viaje de Freud conduce a regiones vastas y lejanas, Stern (1966) prefiere la analogía de un viaje más peligroso en un espacio confinado. Frente al paciente simula que la consulta es como una torre de control, como una sala de comando de un sub-marino sumergido, e invita al paciente a mirar a través del periscopio y describir todo lo que ve afuera (1966, p.642). A ningún analista le va a ser especialmente difícil asociar con la metáfora del submarino, asociaciones que pueden ir desde la pantalla en blanco de los sueños (blank dream screen) de Lewin (1946) ante la visión de la inmensidad vacía del mar, hasta el barco de guerra enemigo como expresión de identificación proyectiva, sin mencionar la "regresión talásica" de Ferenczi.

Pero, ¿cómo se siente el paciente en el espacio confinado de la sala de comando? Puede ser que al comienzo se divierta con esta metáfora, recordando haber visto hace poco una caricatura en el "New Yorker" que representaba la "transferencia gemela" inconsciente de Kohut mediante dos capitanes de submarinos que obser-vaban, a través del periscopio, los movimientos del otro, con el objeto de con-ducirlo a una ruta gemela. Pero, con toda probabilidad, al paciente no se le va a ocurrir un chiste aliviador de este tipo, sobre todo porque se trata de una caricatura inventada.

Supongamos que el paciente nunca ha estado en una sala de comando de un submarino, y que la situación analítica, como experiencia propia, le sea todavía extraña. Continuemos suponiendo que no es inhibido ni que tampoco le falta humor negro. Entonces, ¿qué podría responder el analista, si al paciente se le ocurre pedir al capitán del submarino que le muestre el manejo del periscopio, ya que él no ve nada debido a que no tiene experiencia con este instrumento? El analista puede tomar la vía fácil y esperar las siguientes asociaciones del paciente, para familiarizarlo con otra regla, que dice que las preguntas, por lo general, no se contestan y que deben ser aclaradas por otras asociaciones, es decir, por el paciente mismo. Dejamos a la fantasía del lector el imaginar si al final de este diálogo fingido disminuye o aumenta la confianza hacia el "capitán". No es necesario aclarar que hemos reaccionado con ironía frente a esta metáfora de la regla fundamental.

Aparentemente, a la mayoría de los analistas les cuesta llevar la "santa regla" de Freud (1916-17, p.264) a una forma profana que enriquezca su sentido. Esto puede deducirse del hecho de que las distintas maneras preferidas de formular la regla han sido discutidas hasta el detalle. Por ejemplo, Altmann (1976) comunica a su paciente: "Usted está autorizado para decir aquí cualquier cosa". Glover (1955) manifestó críticamente:

El modo más frecuente de formular la regla básica de la asociación pareciera ser la siguiente: "Diga lo que le venga en mente". Con esto el paciente entiende que debe decir todo lo que piensa. En cambio, si la instrucción dijera: "Comuníqueme todo lo referente a sus sentimientos tal como surgen en sus pensamientos", el contenido ideativo aparecería en la mayoría de los casos necesariamente a continuación (Glover 1955, p.300).

Schafer (1976) da instrucciones con las siguientes palabras: "Yo espero que usted hable conmigo cada vez que venga. Al hablar, va a notar que retiene algunas cosas" (p. 147). Y continúa diciendo que, en vez de la formulación del tipo "¿qué le viene en mente?", el tipo de pregunta más acorde con el modelo de acción, teórica y técnicamente, es "¿qué piensa usted a este respecto?" o "¿con qué lo relaciona en este momento?" o "al pensar ahora en esto, ¿en qué piensa a continuación?" (p.148). Rechaza formulaciones como "diga, pues, todo cuanto le pase por la mente" o, "diga lo que se le ocurre", pues su contenido incrementa la pasividad y promueve la regresión. Agrega que tales formulaciones son remanentes de la hipnosis, que acompañan la negación de la responsabilidad sobre las propias acciones mentales probatorias. Schafer se dirige desde un comienzo al paciente activo y pensante, y con ello pretende ampliar la responsabilidad de aquél sobre sus motivos inconscientes. De este modo, el paciente ya no es un receptor pasivo de sus ocurrencias, sino su creador activo. Con el lenguaje de acción de Schafer, la responsabilidad del hombre se extiende también a sus deseos inconscientes.

Spence (1982b) criticó las formulaciones de Schafer, porque intensifican los aspectos superyoicos, de por sí ya rígidos, de la regla fundamental. Que nuestro carácter sea revelado por nuestras ocurrencias, no significa que las asociaciones puedan ser consideradas como acciones motivadas de las que somos tan responsables como de nuestros actos. Esta responsabilidad existe sólo en un sentido más amplio, como aclara Moore (1980). Sólo con la apropiación de las ocurrencias como una parte del propio yo, se alcanza un nivel de responsabilidad para el habla motivada inconscientemente. El problema terapéutico consiste, entonces, en cómo facilitar este proceso de apropiación, es decir, cómo conducir la lucha por la adhesión a la regla fundamental. Es esencial que el paciente sea familiarizado paso a paso, aunque suficientemente rápido, con esta regla fundamental, hasta el punto en que esté dispuesto a seguirla prontamente, pues, con la ayuda del analista, sus asociaciones lo conducen a descubrimientos que lo enriquecen. Morgenthaler (1978) ha ofrecido algunos ejemplos certeros, confrontándolos al efecto deformador que resulta cuando la regla fundamental es comunicada de un modo que refuerza el superyó.

Es interesante que una paciente haya entendido la pregunta usual "¿qué se le ocurre?", de manera totalmente distinta a lo habitual. En vez de ver en ella una expresión de aliento, la tomó como una crítica reprobatoria (en alemán la pregunta es: "Was fällt Ihnen ein?", que se puede traducir literalmente por "¿qué se le ocurre?"; sin embargo, de acuerdo con el contexto de la situación y con la entonación, puede tener el sentido de una reprimenda, de un "¿cómo se le ocurre tal cosa!"; nota de J.P. Jiménez). Este inusual malentendido nos permite llamar la atención sobre las posibles resonancias inconscientes de esta frase. Es de esperar que los argumentos convincentes de Morgenthaler cambien la actitud hacia la regla fundamental, y terminen con las controversias de decenios, aunque, a la verdad, ya Little (1951) argumentó de modo similar hace treinta años atrás, al decir: "Ya no 'exigimos' a nuestros pacientes decir todo lo que les viene en mente, por el contrario, se lo permitimos" (p.39). E. Kris (1956a, p.451) adjudicó a este modo distinto de acentuar, amplias consecuencias para la estructura de la situación analítica; según este autor, la situación se hace más personal si el analista no exige, sino que permite la libre asociación, asemejándose con ello a aquel padre -o madre- que no objeta el mal comportamiento.

Creemos que no es suficiente comunicar sólo una vez la regla fundamental, pero tampoco valorizamos en demasía una especie de análisis de prueba con iniciación a la libre asociación, como lo propone Greenson (1967). Lo que persigue Greenson con este análisis de prueba es evaluar la capacidad del paciente para la asociación libre.

Esta capacidad varía enormemente y sin duda depende del tipo de enfermedad. Es así como en la literatura se han descrito restricciones y resistencias típicas en contra de la asociación libre. De acuerdo con nuestro lema general, nos

interesa particularmente lo que el analista hace para facilitar la adhesión a la regla fundamental, mejor aún, para hacerla posible.

Incluso el artículo de Schlieffen (1983), con el título provocativo de "psicoanálisis sin regla fundamental", no recomienda alejarse de la asociación libre; sin ella, el analista estaría perdido. Esta publicación no trata de la subrogación de la asociación libre -ya que sin las ocurrencias libres del paciente su analista estaría perdido-; más bien, este autor se apoya en la idea de Morgenthaler (1978) de que un manejo estricto de la regla fundamental puede tener un efecto verdaderamente deformador sobre la capacidad del paciente para las ocurrencias. Queremos ejemplificar esta opinión, con la pregunta de si, bajo el punto de vista de la teoría de la asociación, la introducción metafórica de Stern a la regla fundamental, anteriormente citada, facilita o más bien dificulta la asociación libre y el desarrollo de una regresión terapéutica.

Debido a que, por lo general, los consultorios analíticos tienen poco parecido con la sala de comando de un submarino, se dificultan las asociaciones neurótico-transferenciales en relación al entorno profesional del analista. Con esta metáfora, se lleva al paciente a una situación especialmente extraña, capaz de producirle un desvalimiento aún mayor que aquel en que ya se encuentra. El problema técnico no se refiere sólo al modo como el analista introduce la regla fundamental, sino también a su posterior contribución para facilitar o dificultar la asociación libre.

Freud no mitigó nunca sus directivas sobre la regla fundamental, desde sus escritos técnicos hasta la descripción de cómo cerrar un "pacto" (1940a), lo que no deja de ser curioso si se considera su escepticismo frente al cumplimiento de los contratos. Estas directivas deben ser actualmente analizadas en sus efectos ("[...] no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad"; 1913c, p.136). El asunto no se soluciona si el analista, en vez de introducir una regla, habla de una condición, como lo propone Epstein (1976), basándose en el significado diferente de condición y regla. Epstein sostiene que, a diferencia del significado contenido en "condición", la palabra "regla" se refiere clara y expresamente a las funciones superyoicas.

Está claro que no se trata sólo de bajar el tono de los aspectos superyoicos de la regla fundamental a través de un cambio en la terminología: se puede dudar, con Altmann (1976), de que sea realmente posible familiarizar a un paciente con la situación terapéutica hasta el punto de que se extinga la angustia inicial. Es improbable que un paciente, en el momento en que se le comunica la regla fundamental, piense en los aspectos placenteros de la asociación.

El modo como el paciente entienda lo dicho por el analista depende tanto de la elección de las palabras como del momento mismo en que éstas se articulan. Mientras más superyó, menos asociación libre. Nuestra proposición de familiarizar interpretativa y gradualmente al paciente con las reglas, y de fijarse cuidadosamente en la elección de las palabras, en el momento de pronunciarlas y, sobre todo, en la reacción del paciente frente a ellas, resulta de esta fórmula. Todas las afirmaciones del analista sobre las reglas son

importantes para la relación trans-ferencial, y el modo como reacciona frente a las preguntas del paciente, en particular frente a aquellas concernientes a la regla fundamental, tiene repercusiones en la transferencia y en la alianza de trabajo.

Para la evaluación del contexto específico se puede aprovechar la teoría de la asociación, en el sentido descrito anteriormente. ¿Cómo puede un paciente descubrir el gusto por fabular, si al mismo tiempo escucha hablar de obligaciones restrictivas en lo financiero y de compromisos de asistencia que debe asumir por un tiempo indeterminado? Los acuerdos sobre la regulación de las vacaciones y la duración del análisis, en sus diversas versiones, transforman el campo semántico que se forma en torno a la regla fundamental, sea cual sea su formulación.

En una mesa redonda, Greenson contó que él ofrece informaciones bastante detalladas (Seidenberg 1971, p. 107), poniendo de relieve las ventajas de la evitación del contacto visual y de la posición del analista sentado detrás del diván. Greenson contesta también en forma generosa las preguntas del paciente. Esta buena disposición de Greenson motivó a un analista anónimo del auditorio a una pregunta, ciertamente irónica, acerca de lo que Greenson haría si un paciente le pide hacer una demostración de asociación libre. Este contestó que haría una demostración de asociación libre sólo después de haber tratado de averiguar lo que motivó al paciente a hacer esta petición.(1)

Uno de nuestros pacientes entendió el comentario de que en la posición decúbito uno puede dejarse llevar en forma más despreocupada por las fantasías, como una indicación de que no debía ser crítico con el analista. Sólo bien avanzado el análisis pudo aclararse este malentendido radical, en cuya formación el analista había cooperado personalmente. La corrección de sus efectos sobre los mecanismos de defensa inconscientes fue difícil y lenta. Por las razones descritas, hay que estar atento para evitar encadenamientos des-favorables. Por esto, aconsejamos formular la regla fundamental más o menos así: "Intente comunicar todo lo que usted piensa y siente. Usted va a notar que esto no es fácil, pero el intento vale la pena". Le adjudicamos un valor especial a la recomendación de que el paciente intente decirlo todo; los demás elementos de la formulación nos parecen secundarios.

La ventaja que se obtiene de una cierta estandarización consiste en la posibilidad de que el analista tratante pueda recurrir a un punto de partida consistente, en el caso de que el paciente comience a discutir los cambiantes "malentendidos" o el modo como él entendió la regla. Por otra parte, una estipulación precisa tiene el peligro de la ritualización, en el sentido de no reflexionar sobre qué manera de comunicar la regla fundamental es la más adecuada para un paciente particular. Los pacientes provenientes de la llamada clase baja son especialmente susceptibles frente a una comunicación estereotipada de la regla fundamental (Menne y Schröter 1980).

A través de nuestra exposición, esperamos haber podido mostrar lo que el analista puede hacer, desde un comienzo, para facilitar la asociación libre del paciente. La estructuración de la relación terapéutica y el trabajo interpretativo posibilitan correcciones permanentes de cursos desfavorables tomados al comienzo de la terapia.

### **7.2.3 La asociación libre en el proceso analítico**

De acuerdo con una opinión muy divulgada, el paciente desarrolla su capacidad de asociar libremente sólo tardíamente en el curso del tratamiento. A menudo se postula que cuando un paciente se encuentra realmente en la posición de asociar libremente, el caso se cierra (Merloo 1952, p.21).

La configuración de las primeras sesiones, y el modo como la asociación libre es explicada, no eliminan la resistencia consciente del paciente, menos aún la re-sistencia inconsciente. Sin embargo, se debería atender a los efectos secundarios involuntarios que pueden tener las reglas estrictas cuando derivan en el campo gravitacional de la compulsión confesional y de la necesidad de castigo. En la Lucha por la observancia de la regla fundamental (A. Freud 1936), el asunto gira en torno a la comunicación libre, espontánea y no selectiva, por un lado, y la resistencia en contra de ésta, por el otro. Esta teoría de la resistencia corresponde a la relación

---

ficticia de Greenson. El conocimiento de la motivación no traería consigo una aclaración inequívoca, indispensable para la repartición de las tareas. El paciente tiene que saber que la asociación libre es tarea suya y no del analista, y por qué esto es así.

entre las asociaciones y la resistencia consciente o inconsciente en contra de ellas. La posterior tipología de las formas de resistencia y su explicación diferenciada (que hemos discutido en el capítulo 4), se refiere a la observación de la resistencia a la asociación. Freud escribe lo siguiente :

Vale decir, una fuerza psíquica, la desinclinación del yo, había originariamente esforzado afuera de la asociación la representación patógena, y ahora contrariaba su retorno en el recuerdo. Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad un... no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico (1895d, p. 276; cursiva en el original).

Nos apartaríamos demasiado del terreno de la técnica, si nos pusiéramos ahora a discutir las teorías con cuya ayuda Freud intentó explicar la observación de la re-sistencia de asociación. Pronto llegó a la conclusión (Freud 1904a) de que la re-sistencia interior, como censura, tiene una influencia deformadora sobre todos los procesos psíquicos.

Una medida importante de la libertad ganada por el paciente es, por cierto, su capacidad de dejarse llevar por sus ocurrencias en el ambiente protegido de la situación analítica. Considerando que estas observaciones pertenecen al pan diario del analista, es asombroso el escaso número de estudios meticulosos sobre asociación.

En esto nos apoyamos en la completa exposición de Mahony (1979), a quien también debemos otras sugerencias fundamentales. Mahony critica que la literatura psicoanalítica sobre el tema consista, en gran parte, en asociaciones libres sobre las asociaciones libres. Los ejemplos que ofrece A. Kris (1982) en su monografía deberían ser representativos del hecho de que la mayoría de los analistas consideran todo lo que comunica el paciente, verbal o no verbalmente, como asociación libre.

Al igual que Kanzer (1961), A. Kris lo incorpora todo en el proceso de la asociación libre: el acuerdo sobre el horario de las sesiones y los honorarios, la entrada y la salida del consultorio, la postura del paciente sobre el diván, etc. -todo puede ser visto como expresión de asociación libre-.

A. Kris también entiende el método y el proceso de la asociación libre en forma global: es un proceso en conjunto, donde el paciente intenta captar todos sus pensamientos y sentimientos en palabras, y donde el analista, guiado por sus propias asociaciones, lo ayuda a realizar esta tarea (A. Kris 1982, pp.3, 22). El poder asociar cada vez más libremente se puede considerar como expresión de libertad interior, y, con ello, como meta terapéutica válida. Hasta aquí todo va bien; pero no son las asociaciones acompañadoras del analista o su atención parejamente flotante como tales, las que allanan el camino al paciente. Importante es, más bien, el modo como surgen las asociaciones útiles en el analista, y los efectos que éstas tienen sobre el paciente. Pues, inmediatamente después de cada tipo de intervención, que de acuerdo con la etimología del término interrumpe el cauce verbal del paciente, éste prosigue centrado en el tema: precisamente, el que el paciente no tome en cuenta la interpretación es una reacción que dará que pensar al analista. A su vez, es la atención parejamente flotante la que ahora se centra en el tema.

Mientras más polimorfos sean las asociaciones del paciente, y mientras más detalles ofrezcan, más difícil va a ser encontrar un sentido en todo lo que dice. ¿Se ha llevado con esto el método al absurdo? No. Pues sólo en este momento queda absolutamente claro que el paciente no puede prescindir de la presencia de la otra persona, la del analista. Así, él simplemente le comunica cosas sin sentido.

Por buenas razones, el analista encuentra un sentido incluso en locuras verdaderas o simuladas. De hecho, el asociar confuso sirve como medio para restituir el equilibrio de las fuerzas, ya que de una información fragmentada no se puede construir una buena Gestalt. El analista ha llegado al final de su sabiduría y ha sido puesto en jaque mate. El que encontremos un sentido más profundo en esto no cambia en nada la realidad de las cosas. Hay que reconocer esta situación para que el paciente comprenda el poder que tiene y lo



mucho que el analista depende de él. No importa cuán asimétrica sea la repartición del poder y la dependencia, pues éstas disminuyen, y se establecen en un nivel soportable, si los pacientes pueden experimentar, tanto en esta situación como en otras, lo mucho que el analista depende de ellos. A menudo, son precisamente estas experiencias las que marcan los giros terapéuticos. Por este motivo es útil, por un lado, contemplar las informaciones del paciente bajo el aspecto de la continuidad -¿Qué tema de la sesión anterior se continúa hoy?- y, por otro lado, considerar la sesión presente como una unidad -¿Qué problema intenta solucionar hoy el paciente? A continuación, presentamos la evaluación de informes de casos donde uno esperaría encontrar una mayor descripción de la asociación libre. Se trata de informes con los que analistas alemanes jóvenes demuestran su calificación profesional. En una muestra representativa, Schlieffen (1983) no encontró ni la más mínima indicación sobre el modo como se había introducido la regla fundamental o sobre las consecuencias de las distintas maneras de formular la regla en ese contexto. En este sentido, las preguntas más importantes son: ¿Cómo se desenvuelve el proceso asociativo a lo largo del análisis? y ¿cómo es éste descrito? En diez informes escogidos al azar, no encontramos descripciones de series asociativas, ni de puntos nodales a los que llegara el paciente, en el sentido de una resistencia de asociaciones y a las interpretaciones correspondientes. También hacen falta indicaciones que evidencien una mayor espontaneidad del paciente en estadios más tardíos del análisis a través de una creciente libertad de ocurrencia. En vez de encontrarnos con cadenas asociativas reveladoras, que hubiesen conducido a paciente y analista hacia significados latentes (que normalmente faltan), encontramos a menudo indicaciones de que los pacientes tenían ocurrencias (Einfall). Se podría incluso decir que se trata precisamente de eso: de tener ocurrencias. Freud prefería hablar de ocurrencias. Sin embargo, el punto esencial es que no basta la sola mención de una que otra ocurrencia. Sólo de manera ocasional se ha intentado investigar sistemáticamente en la literatura psicoanalítica las conexiones entre ocurrencias (Thomä 1961; Hohage y Thomä 1982). Según nuestra opinión, esto depende de problemas metodológicos extremadamente difíciles de solucionar: ¿Dónde establecer el límite entre la asociación libre y los informes no tan libres dentro de las sesiones? El que las ocurrencias conduzcan hacia significados más profundos puede considerarse como cierto indicio de asociación libre. Lo más frecuente es que se recopilen ocurrencias sobre sueños, lo que seguramente tiene un fundamento histórico. Hoy en día, sin embargo, los analistas son más bien reservados frente a elementos oníricos aislados (véase capítulo 5), es decir, se manejan con cautela frente a una muestra de ocurrencias centradas en un tema, en el sentido de la técnica clásica de Freud. La circunspección del analista facilita que el paciente diga todo lo que se le ocurre. Pero, ¿hacia dónde conducen sus comunicaciones? Y, ¿debemos considerar como ocurrencias libres todas las comunicaciones que pueden ser

indicios de sig-nificados latentes? ¿O debemos esperar que el paciente llegue por sí mismo al dis-cernimiento de sus deseos inconscientes? Si así fuera, el conocimiento de sí mismo podría ser alcanzado en un monólogo suficientemente largo en condiciones de libre asociación.

El autoanálisis de Freud y el autoexperimento de muchos años de Farrow (1942) pueden ser considerados como ejemplos cuyo lugar en la historia de la medicina no ha sido reconocido (Schott 1983). La teoría psicoanalítica no ofrece ninguna infor-mación sobre las circunstancias en las que la resistencia de represión puede ser su-perada de tal modo que se abra un acceso hacia el inconsciente dinámico. El ana-lista de ningún modo espera que el paciente traiga asociaciones cada vez con me-nos sentido y que, finalmente, en autohipnosis, se acerque tanto al proceso prima-rio de pensamiento que su yo se transforme en ello y su ello en yo. No, el analista escucha todo el tiempo que sea necesario, hasta que se le ocurre algo, que, después de sopesarlo cuidadosamente, cree poder comunicar. Del Esquema del psicoanálisis extraemos lo siguiente:

Meditamos con cuidado la elección del momento en que hemos de hacerlo [al paciente] consabedor de una de nuestras construcciones; aguardamos hasta que nos parezca oportuno hacerlo, lo cual no siempre es fácil de decidir. Como regla, posponemos el comunicar una construcción, dar el esclarecimiento, hasta que él mismo se haya aproximado tanto a éste que sólo le reste un paso, aunque este paso es en verdad la síntesis decisiva (Freud 1940a, p. 178).

Ahora, no importando que las comunicaciones del paciente se denominen aso-ciaciones libres o no, las interpretaciones del analista siempre añaden un elemento nuevo. Incluso cuando éste se esfuerce en no agregar nada (al modo de un terapeuta rogeriano, extremadamente no directivo y "centrado en el cliente") o sólo destaque, con el propósito de dar ánimo, uno que otro trozo de la frase. Porque incluso el repetir como un loro agrega algo. Mientras más se hunda el paciente en un aparente monólogo, y mientras más tienda a apartarse de la verbalización en favor de un estado hipnagógico, más esencial se torna el modo como el analista mantie-ne la relación. En esos estados regresivos es siempre posible que tan sólo se trate de un monólogo aparente. La retirada en determinadas formas de monólogos en presencia del analista tiene varios aspectos. Gill (1982) señaló el aspecto resis-tencial de ese repliegue. Los estados regresivos también forman parte de la relación transferencial. Quizás el paciente está buscando un objeto transicional que el analista puede reconocer dándole un nombre, aun cuando éste pertenezca al período preverbal de desarrollo.

La metáfora del viaje de Freud plantea también el problema de la transformación de las imágenes en palabras. Spence (1982a) ha puesto especial énfasis en este aspecto de la asociación libre y sobre la pérdida de información que se produce en la descripción (p.82). Destaca que el paciente no es sólo un

observador pasivo de las imágenes que desfilan ante él, sino que también las construye activamente. Agrega, además, que las frases, una vez comenzadas, siguen las reglas de la gramática, si bien el diálogo psicoanalítico se desenvuelve en forma suelta. La regla fundamental contiene, según Spence, dos instrucciones contradictorias. Como interlocutor, el paciente no puede estar simultáneamente en introspección, y, si se dejara llevar por sus pensamientos más secretos, no podría conducir una conversación. Mientras más libremente asocie un paciente, más difícil será entenderlo. Spence piensa que esta paradoja se soluciona así en la terapia: en los tratamientos exitosos, ambos participantes desarrollan, junto al lenguaje propio, un lenguaje común (p. 85). De acuerdo con nuestra experiencia, muchos analistas llegan a desarrollar símbolos que son propios para cada pareja analista-paciente.

No es necesario llamar la atención sobre el hecho de que -como todo lo demás- la asociación libre puede también ser utilizada como una resistencia. No es casualidad que Freud haya descrito este problema en pacientes neuróticos obsesivos. La traducción de los pensamientos en palabras implica siempre un proceso de selección, y sólo un paciente que expulsa rápidamente todo afuera, sin reflexionar, podría aparentar cumplir cabalmente con la regla fundamental. El paciente reflexivo, en cambio, tiene alguna asociación y, al momento de expresarla, rechaza o pospone esta o aquella palabra o un pensamiento incompleto. El material retenido no está perdido para la asociación libre, pero el paciente obsesivo, altamente ambivalente, demuestra que las reglas pueden ser llevadas hasta lo absurdo. Por cierto, dos pensamientos distintos no pueden ser expresados simultáneamente.

No queremos detenernos en lo que los pacientes hacen con la regla fundamental en base a su patología individual, sino más bien analizar la contribución del analista al entendimiento que ellos logran de la regla. Muchos pacientes entienden la regla fundamental como un llamado hacia un pensamiento veleidoso, desordenado o ilógico, o hacia un tipo de monólogo en presencia de un analista silencioso. En todo caso, el modo de impartir la regla da lugar a muchos malentendidos, que requieren ser aclarados e interpretados. Si un paciente responde a la sugerencia del analista a través de monólogos, hay que preguntarse qué ha hecho el analista, o dejado de hacer, para llegar a esta situación. En este sentido, las anécdotas son muy esclarecedoras. Loewenstein informa de un paciente que dijo: "Estaba a punto de asociar libremente, pero ahora prefiero decirle lo que realmente me preocupa" (Seidenberg 1971, p.100).

La capacidad del paciente de asociar libremente sin duda aumenta a lo largo de la terapia. Aunque Eissler plantea que "es dudoso que alguien haya estado alguna vez completamente a la altura [de esta exigencia]" (Eissler 1963b, p.198). Es seguro que todo paciente se propone retener algo en un momento determinado de la terapia. Especialmente poderosos son los procesos de selección preconscientes, que restringen el flujo de las asociaciones del paciente

porque éste ha descubierto que el analista tiene puntos sensibles que parecen ser fuente de disgustos genuinos (véase capítulos 2 y 3). Finalmente, podemos añadir otro aspecto del estudio del contexto motivacional de los procesos de decisión, esto es, de su determinabilidad, mirán-dolos desde el punto de vista de la autonomía del yo.

Supongamos que un paciente ha resuelto retener algo y se mantiene en esta decisión. ¿Es que el analista ha perdido la batalla por la mantención de la regla fundamental? Creemos poder contestar a esta pregunta con un no, pues vemos en este comportamiento una cierta reserva, una reservatio mentalis como prueba documental de libertad interior. Kanzer (1961, 1972) ha insistido en repetidas oportunidades que con algunos pacientes es inapropiado, incluso errado, insistir en la regla fundamental. La necesidad de diferenciar el "sí mismo" del otro representa precisamente una parte de la sana individuación, y en pacientes con un trastorno en la individuación un paso necesario en el desarrollo. Giovacchini (1972) comparte esta misma opinión cuando concede al paciente el derecho a tener un secreto ante él. El paciente entiende que el analista no envidia su autonomía, concediéndole el repliegue en sí mismo y la demarcación. El derecho a reservarse algo da la posibilidad al paciente de no tener que asegurarse, permanentemente y en forma rígida, contra la imago devoradora proyectada sobre el analista.

La afirmación anterior de Eissler puede ser sólo interpretada en el sentido de que en la reservatio mentalis, es decir, en la negación parcial a decirlo todo, se expresa la autodeterminación. Se debe suponer que la razón por la que nadie puede cumplir a la perfección la tarea de la asociación libre es que eso equivaldría a un total abandono de sí mismo. Aquí se plantea naturalmente la pregunta: ¿por qué el paciente siente vergüenza frente a esta, o aquella, revelación particular?, y, ¿por qué hace uso de su autonomía precisamente con este contenido de su experiencia y de sus recuerdos y no con cualquier otro? El análisis de la motivación debe ser siempre llevado adelante bajo el punto de vista de la resistencia. Por otro lado, es comprensible que el paciente intente establecer un contrapeso, precisamente en el terreno donde puede afirmar su independencia frente al analista: poniendo entre paréntesis uno que otro tema. En cambio, Dewald, en su libro *El proceso psicoanalítico* (1972, p. 613), opina que la asociación libre conduce al proceso primario: "En lo esencial, la asociación libre tiende, en forma y contenido, [...] hacia un pensamiento de tipo proceso primario, cooperando en la promoción del proceso de regresión al servicio del yo". Las investigaciones de Holt (1967b) sobre el proceso primario hablan, al igual que las experiencias clínicas, en contra de que la asociación libre vaya perdiendo estructura a lo largo del proceso analítico. Incluso titubeamos al decir que el paciente debiera ser más ocurrente al final de la cura que al comienzo. Pues una mayor libertad interior puede expresarse en múltiples formas: a través del silencio, del habla y de la acción.

### 7.3 La atención parejamente flotante

Freud (1912e, p.115) describió la estrecha relación entre la atención parejamente flotante del analista y la asociación libre del paciente. La naturaleza complementaria de ambos procesos se acentúa aún más, desde el momento en que algunos autores hablan últimamente de la "atención libremente flotante", traducción in-correcta del término alemán "gleichschwebende Aufmerksamkeit". En el ámbito de habla inglesa, la "atención parejamente flotante" fue transformada de este modo en "free floating attention" y "evenly hovering attention" (en la versión inglesa de este libro el término fue traducido como "evenly suspended attention"; nota de los traductores).

Al seguir esta regla, el analista permanece abierto a todas las asociaciones del paciente, dejándole plena libertad para el despliegue de sus fantasías e ideas. Lo más importante de todo es que no debe permitir dejarse seducir por sus propios conocimientos abstractos y teóricos, sino ver en cada paciente algo único e in-comparable, dejándose llevar por su curiosidad por oír e informarse de algo nuevo. Evita deliberadamente hacer comparaciones, con el objeto de no dificultar el acceso hacia lo desconocido. El analista que sigue la recomendación de Freud (1912e, p.114), pasará "de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades" y postergará el "trabajo sintético del pensar" hasta después de concluir el análisis. Pues mientras continúe la terapia, una y otra vez puede emerger material nuevo que puede corregir la visión alcanzada hasta ese momento, es decir, la reconstrucción provisoria. La atención parejamente flotante debe recordar al analista, que cada caso puede desarrollarse en forma diferente a lo esperado por la teoría general (y siempre provisoria) y por el limitado bagaje de las propias experiencias personales. Al escuchar pasivamente, el analista trata de dejarse impresionar por todo de la misma forma y -permaneciendo igualmente atento- evita seleccionar. En este proceso, descubre sus propias limitaciones, que se dan en dos niveles. La atención parejamente flotante es perturbada por su contratransferencia (en el sentido tradicional), del mismo modo como sucede normalmente con los prejuicios personales frente a ciertos problemas humanos. Esta perturbación da la ocasión para la autorreflexión y el autoanálisis. En la comprensión actual de la contratransferencia, estas perturbaciones de la atención parejamente flotante pueden ser consideradas terapéuticamente fecundas (véase cap. 3). Además, el analista observa que su atención parejamente flotante tiende, constante e involuntariamente, hacia determinadas direcciones: no todo puede permanecer flotando uniformemente. Al ocurrírsele una interpretación, se ha realizado una selección entre muchas posibilidades. Al igual que la libre asociación del paciente, también la interpretación del analista es motivada.

De estas reflexiones deducimos que la regla de la atención parejamente flotante implica una exigencia difícil de cumplir, es decir, la de una revisión autocrítica

de nuestra actitud hacia este paciente, en este momento, así como también de una constante confrontación con los problemas generales y específicos de la técnica y de la teoría psicoanalítica. Somos de la misma opinión de Freud (1915c, p.113), que siempre estamos introduciendo alguna idea en nuestra observación, y, en esta medida, estamos siempre escuchando activamente. Por este motivo, en principio, es imposible prestar la misma atención a todo, algo que, por lo demás, tampoco hacemos en la práctica. Pero, lo que sí es posible y necesario, es fundamentar nuestras ideas y sus motivaciones subyacentes, frente a nosotros mismos y la co-munidad científica, así como corregir los prejuicios por medio de nuestras obser-vaciones. En múltiples ocasiones, el intercambio con el paciente se presta para esto, especialmente cuando las suposiciones, expresadas por el analista como in-terpretaciones, se revelan como erróneas. El lector podrá aducir que para el analista debería ser algo muy natural enfren-tarse sin prejuicios fijos al paciente. ¡Para eso no hace falta una regla! Y los ana-listas no necesitamos que nos recuerden las numerosas y distintas ideas que tene-mos sobre los fenómenos, ya que las controversias entre las distintas escuelas tie-nen su origen precisamente en esta variedad. De este modo, la rutina psicoanalítica refleja un aspecto del saber filosófico de que todas las observaciones están preñadas de teoría (theory-laden).

Podríamos darnos por satisfechos con estas notas sobre la atención parejamente flotante, y contar con el consentimiento universal, diciendo que el analista se debe empeñar en ser franco y que en la observación en la terapia no debería dejarse lle-var por suposiciones o, más específicamente, por prejuicios. Sin embargo, la his-toria no termina aquí; pues al ofrecer una explicación metafórica de la atención parejamente flotante, Freud fundó una tradición de pensamiento alternativo cuyas consecuencias persisten hasta nuestros días. Freud atribuyó al inconsciente del ana-lista una capacidad especial como órgano receptor del inconsciente emisor del enfermo, al asegurar que:

De la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea [telefónica] incitadas por ondas sonoras, lo in-consciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comu-nicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocu-rrencias del enfermo (Freud 1912e p. 115).

La regla de la atención parejamente flotante encontró en esta afirmación una fun-damentación, de la que también se deriva la necesaria purificación de la contra-transferencia (véase cap. 3). Freud conceptualizó esta capacidad de reconocimiento inconsciente de acuerdo con el modelo de percepción sensorial usual en aquel en-tonces. Se suponía que la realidad externa era percibida en forma inmediata y co-rrectamente. Por esto, este modelo fue denominado más tarde "teoría del espejo" o "doctrina de la percepción inmaculada" (véase Westerlundh y Smith 1983).

Correspondía plenamente al espíritu de la época explicar la percepción del inconsciente de acuerdo con la teoría del espejo o con la metáfora de la línea telefónica. Tan sólo recientemente, mucho tiempo después de Piaget, la investigación de la relación madre-hijo pequeño ha sido marcada por el hecho de que los bebés no asimilan el mundo pasivamente, sino que lo construyen (Stern 1977). La metáfora de Freud pareció solucionar tan bien una serie de problemas prácticos y teóricos que su influencia ha persistido hasta el día de hoy, fundando una tradición de pensamiento y de práctica psicoanalítica. La atención parejamente flotante se hizo popular a través del "tercer oído" de Reik, que contiene elementos esenciales del tipo especial de empatía que más tarde creó escuela con Kohut (1959). Por Balter y cols. (1980) sabemos que la atención parejamente flotante fue elevada al nivel técnico por Isakower como un "instrumento de análisis". A partir de entonces se postuló un lugar especial dentro del aparato psíquico del analista que explicaría por qué el analista está capacitado para oír el inconsciente de su paciente. Al mismo tiempo, Spence (1984) llamó *Perils and Pitfalls of Free Floating Attention* a su ensayo crítico sobre el tema. En él, y después de investigar psicoanalíticamente los procesos de comprensión y de empatía, llega a la conclusión de que no existe la atención parejamente flotante como un escuchar pasivo y sin un anteproyecto, basándose en su argumentación en los puntos de vista filosófico-hermenéuticos de Gadamer y Habermas.

Si reemplazamos el término hermenéutico "anteproyecto" por el de "idea", podemos trazar fácilmente un paralelo con la concepción de Freud. Si el analista escucha activamente, puede dejar flotando sin más sus ideas, sus fantasías, sus sentimientos, sus anteproyectos, sus teorías, y permanecer abierto a nuevas informaciones. Spence incluso ofrece criterios psicoanalíticos convincentes para el hecho de que sea precisamente la ilusión de la percepción inmaculada lo que, sin quererlo, abre de par en par las puertas a las proyecciones de las propias ideas inconscientes, y por esto, de difícil acceso racional.

El mito de la atención parejamente flotante -así designa Spence este escuchar pasivo y aparentemente libre de teorías-, tiene muchas funciones, como todas las mitologías que (desde el punto de vista de la historia de la ciencia) pueden concebirse como prototeorías. En la atención parejamente flotante se trata precisamente de un híbrido que nosotros hemos dividido en sus dos componentes originales. Su sobrevivencia se debe justamente a esa combinación de elementos bien fundamentados racionalmente -franqueza radical en vez de reserva- y expectativas místicas de fusión y de unidad que conectan el propio inconsciente con el del otro, como en la metáfora de la línea telefónica de Freud. Mirando las cosas en forma objetiva, la regla de la atención parejamente flotante coopera a que el paciente se sienta comprendido, con lo cual se puede establecer una base racional para la terapia. Sin embargo, para acercarse al proceso de intercambio entre paciente y analista hay que contar con una merma en la fascinación, como lo señalaremos a continuación

con el ejemplo del escuchar con el "tercer oído" de Reik, y en el capítulo 8 con la empatía de Kohut. Por de pronto, presentamos el "tercer oído" de Reik y sus funciones:

El psicoanálisis es, en este sentido, no tanto una conversación "de-corazón-a-corazón" como una conversación "de-pulsión-a-pulsión", un diálogo inaudible pero altamente expresivo. El psicoanalista debe aprender a hablar con el otro sin palabras y en silencio. Debe aprender a escuchar "con su tercer oído". No es cierto de que haya que gritar para hacerse entender. Si quieres ser escuchado, debes susurrar (Reik 1949, p. 144).

Y:

Una de las peculiaridades de este "tercer oído" es que trabaja de dos maneras. Puede captar lo que las demás personas sienten y piensan pero no dicen, y también puede ser dirigido hacia el interior. Puede escuchar voces del interior de sí mismo que normalmente no son audibles, porque son acalladas por el ruido de nuestros procesos de pensamiento consciente (1949, pp. 146-7).

El "tercer oído", de acuerdo con Reik, se relaciona estrechamente con la "atención parejamente flotante":

¿Se imagina usted al analista en su silla, inclinado hacia adelante, tratando de pesquisar con sus cinco sentidos signos psicológicos mínimos, angustiado porque alguno podría escapársele? Se podría suponer que para captar tales señales o estímulos finos, que adquieren tanta significación para la conjetura de procesos inconscientes, es necesaria la máxima atención. Este cuadro es falso. La atención del analista es de otro tipo. Freud definió este tipo especial de atención como "igualmente flotante". Dos factores indujeron a Freud a recomendar tal atención parejamente flotante. Ella ahorra al analista la tensión que, después de todo, no es posible mantener por demasiadas horas, y evita los peligros que acechan en el caso de una atención deliberada hacia un objetivo particular. Freud advierte que cuando dirigimos nuestra atención hacia un punto, cuando comenzamos a seleccionar de entre los datos ofrecidos y cogemos un fragmento en especial, en-tonces nos dejamos llevar por nuestras propias expectativas e inclinaciones. Naturalmente, surge entonces el peligro de que no encontremos nada más que lo que estamos preparados para encontrar. Si seguimos nuestras inclinaciones es seguro que falsificaremos las posibles percepciones. La regla de que debemos tomar nota de todo de igual forma es la contrapartida necesaria a la exigencia que le ponemos al paciente de decir todo lo que se le ocurre, sin criticarlo o seleccionarlo (1949, pp.157-158).

Reik continúa diciendo:



Y ahora, ¿qué tiene que ver la atención parejamente flotante con el darse cuenta? ¿No debemos concentrarnos en un punto, y entregarle toda nuestra atención, si es que queremos darnos cuenta de algo de entre la multitud de informaciones que pa-san frente a nosotros? ¿Cómo puedo darme cuenta de algo si no le dirijo toda mi atención, si trato el detalle insignificante de la misma manera que si fuera importante? Quizás haya que decir que la noción de atención "igualmente flotante" apunta precisamente a tomar nota de todo y a recordarlo todo. Pero, ¿no es esa noción contradictoria en sí misma? La atención se dirige siempre sólo a objetos particulares. Siempre se nos ha dicho que la atención selecciona. ¿Cómo podemos evitar el peligro de la selección, si es que queremos estar atentos? (1948, pp.158-159).

Como es bien sabido, Reik propone solucionar estas contradicciones postulando diferentes tipos de "atención":

La cualidad de la atención en psicoanálisis podría ilustrarse mediante la comparación con un foco direccional. La atención voluntaria, que se restringe a un sector estrecho de nuestro campo de experiencia, puede ser comparada, en sus efectos, con el girar del foco direccional sobre un pedazo determinado de terreno. Si sabemos de antemano que el enemigo viene desde esa dirección, o que algo va a pasar en ese sector, entonces hemos previsto el evento. Es ventajoso iluminar brillantemente ese sector particular. Supongamos un caso diferente: algo, por ejemplo, un ruido, llamó nuestra atención a una zona determinada. Sólo entonces giraremos el foco hacia ella. Nuestra atención no se adelanta a la percepción, sino que la sigue. Este es el caso de la atención involuntaria. Si nos imaginamos conduciendo de noche por una carretera cerca de Nueva York, notaremos que el foco direccional del auto, en medio de la carretera, recorre ininterrumpidamente la comarca circundante. Ilumina el camino, se dirige después al campo, se vuelve hacia la ciudad, y en una amplia curva gira nuevamente hacia el camino, repi-tiendo así el circuito. Este tipo de actividad, que no está confinada a un punto, sino que constantemente se balancea escrutando un amplio radio, ofrece la mejor comparación con la función de la atención parejamente flotante (1949, p.163).

En esta metáfora, al "tercer oído" le corresponde, por así decir, un "tercer ojo", que mira y asimila todo a su alrededor, sin la menor expectativa previa. El tercer oído y el tercer ojo son pues una tabla rasa, idealmente totalmente en blanco y abso-lutamente libre de expectativas previas.

Las propuestas de solución de Reik llevan a contradicciones, pues el carácter "exploratorio" y "selectivo" de la atención parejamente flotante debe, en algún momento y en algún lugar, detener el movimiento del foco. La atención parejamente flotante se mantiene flotando sólo hasta que se detiene. Desde el punto de vista de la psicología de la percepción, de la psicología cognitiva, así como

de la teoría del conocimiento, la proposición de Reik es ingenuamente positivista, pues pasa por alto el hecho de que detrás de los haces del foco subyace el conjunto del aparato personal y perceptivo del observador, incluyendo sus expectativas teóricas.

Nuestro modo de expresión, más bien laxo, de que la suspensión de la atención se mantiene sólo hasta que el analista ofrece una interpretación -que puede tocar al paciente, como también no hacerlo-, pasa por alto los procesos previos de se-lección, que se desenvuelven intuitiva y preconscientemente, aunque también en un nivel consciente. Junto a Thomson (1980), podemos entender la función recep-tiva del psicoanalista como una parte de un proceso que consta de 4 elementos, a saber, el escuchar pasivo y activo, el vivenciar, el percibir y el interpretar. Nuestras percepciones y observaciones, y sus respectivas interpretaciones, son llevadas a cabo a la luz de las teorías conscientes e inconscientes. También la estructura de la experiencia precientífica sigue a este principio, por ingenuo que parezca ser su horizonte de expectativas. Es así como encontramos que los pa-cientes perciben de acuerdo con una teoría anclada firmemente en esquemas incons-cientes, lo que a su vez contribuye a que se sientan confirmados en sus expecta-tivas.

La atención parejamente flotante, en el mejor de los sentidos, nos ayuda a tomar en serio cada detalle de los puntos de vista de los pacientes. Seguimos las expli-caciones que el paciente nos da para sus angustias e inhibiciones, y nos aden-tramos sin reservas en su mundo. ¿Cómo podríamos, si no, entenderlo? Escucha-mos los tonos bajos, registramos las interrupciones. Ahí, donde el paciente se enfrenta a un enigma, ahí, donde le son incomprensibles los síntomas com-pulsivos o las fobias, ahí tampoco bastan nuestras teorías de sentido común. Pero tampoco el "receptor" o el "tercer oído" podrían arrancar algún sentido a las ocu-rrencias del paciente, si el analista no contara con una gran cantidad de programas almacenados y que puede usar como esquemas comparativos de explicación. El "tercer oído" y el "receptor" no podrían de ningún modo escuchar algo incons-ciente, si no fuera por los oídos de un analista que ha sido capaz de asimilar el co-nocimiento más amplio posible y que ha recogido la mayor cantidad de experien-cias. La flexibilidad al escuchar no es garantizada por un tercer oído con facultades extrasensoriales. Por el contrario, cualquier mistificación que conduzca a la fija-ción inconsciente de prejuicios es un obstáculo para la legitimación científica del psicoanálisis.

La idea de que con el tercer oído se escucha de la mejor forma, si es que el analista se comporta como si fuera sordo, ha mantenido una cierta fascinación. Así, en Bion (llamado por Grotstein [1982] el "psicoanalista místico"), el auto-vaciamiento pasivo-receptivo del analista adquiere cualidades místicas. Con el ob-jeto de alcanzar un estado mental, "sin memoria y sin deseo", que según él es esencial para la práctica psicoanalítica, Bion evita cualquier tipo de memorización (consciente); llama a resistir la tentación de recordar algún suceso de una sesión especial o de pasearse por la memoria. Rechaza todo

impulso a recordar alguna cosa sucedida previamente o interpretada por él en una ocasión anterior (Bion 1970, p.56). Al mismo tiempo, sin embargo, exige mostrar al paciente la evidencia (evidencia que aparece como producto de un proceso de memoria inconsciente que él denomina "evolución", para distinguirlo de la memoria consciente) que está en la base de una interpretación, incluso cuando ésta se refiera a un período de muchos años de actuación (p.14). En cierto sentido, esta concepción supone la idea de una superación definitiva de cualquier contratransferencia, en un sentido tanto específico como general, ya que Bion busca impedir que cualquier deseo o ansiedad tenga acceso a su facultad de pensar.

Ya que es difícil lograr una relación equilibrada entre las dos actitudes -sentir y pensar-, este problema ha seguido siendo discutido por las generaciones posteriores de psicoterapeutas y analistas. Fenichel (1934) criticó la unilateralidad de Reik -de un modo por lo demás tan actual entonces como hoy día-, en relación a la discusión sobre la empatía, apoyándose en Ferenczi, quien había dicho:

La terapia analítica, entonces, pone exigencias al médico que parecen contradecirse abiertamente. Por una parte, requieren de él el libre juego de la asociación y de la fantasía, la plena indulgencia de su propio inconsciente [...]. Por otra parte, el médico debe examinar de un modo lógico el material suministrado tanto por él mismo como por el paciente y, en sus actuaciones y comunicaciones, dejarse guiar exclusivamente por el éxito de este esfuerzo mental (Ferenczi 1964 [1919a], p.53; cursiva en el original).

Al finalizar esta sección, creemos innecesario señalar de manera especial que, imperceptiblemente, nos hemos ido distanciando cada vez más del concepto de la atención parejamente flotante como regla de tratamiento, para dirigirnos hacia el complejo proceso cognitivo del analista. De hecho, se puede trazar una línea recta desde la atención parejamente flotante de Freud, a través del "tercer oído" de Reik, hasta llegar al método introspectivo-empático de observación psicoanalítica de Kohut (1959). Este desarrollo fue señalada por Cohler (1980, p.81). Una línea paralela va, pasando por Heimann (1950), hasta el escuchar "sin memoria y sin deseo" de Bion. Otro desarrollo conduce a aquellos aspectos del sentir y del pensar que son descritos actualmente como procesos de inferencia en el analista (Ramzy 1974; Meyer 1981a; Kächele 1985). En los siguientes capítulos trataremos estos temas.

#### **7.4 El diálogo psicoanalítico y la regla de la contrapregunta: ¿Contestar, o no contestar?**

¿Es de un dramatismo innecesario relacionar el problema planteado por las pre-guntas del paciente y la adecuada respuesta del analista -contestar o no

contestar- con las palabras del monólogo de Hamlet (tercer acto, primera escena: "Ser o no ser, esa es la pregunta")? ¿Puede adjudicarse a las preguntas que surgen en el diá-logo psicoanalítico la envergadura de un "ser" o de un "no ser"? Por cierto que sí: No habríamos escogido estas palabras si no creyéramos que el elemento dramático es inherente al diálogo psicoanalítico. El paciente se dirige al analista en busca de respuestas a preguntas que él no puede resolver por sí mismo. En ninguna de sus numerosas discusiones -con amigos y colegas, con sacerdotes, con médicos y cu-randeros- se le han dado respuestas satisfactorias, es decir, respuestas que curen sus síntomas. El último lugar de peregrinaje es entonces el psicoanálisis, el cual en-tonces puede ser, literalmente, un asunto de ser o de no ser, de vida o de suicidio. Estamos siempre hablando de las preguntas profundas, agonizantes, que el paciente no puede formular, pero con las que se ve confrontado en sus conflictos inconscientes. No hace falta decir que, en último término, es la clarificación de estas pre-guntas no contestadas lo que constituye el efecto benéfico del análisis. Sin embargo, ¿qué sucede con las preguntas que puede hacer el paciente? ¿Cómo deben ser encaradas? A continuación presentaremos algunos ejemplos de preguntas que el paciente se plantea o nos plantea:

¿La terapia me va a curar, o al menos mejorar mis síntomas? ¿Cómo actúa la terapia? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Ha tratado usted enfermedades parecidas anterior-mente? ¿Tengo la misma enfermedad que mi padre? Y, seguidamente, el paciente se interesará por la vida privada del analista y su familia, querrá saber su dirección en las vacaciones o, en casos de emergencia, el número de su teléfono particular. Si el lector se pone en el lugar del analista, sentirá algo de la tensión que crean estas preguntas. El analista se ve obligado a actuar: el paciente lo ha urgido a res-ponderle. Todo lo que el analista haga a continuación va a ser entendido por el paciente como una reacción a sus preguntas, y tendrá consecuencias. En este sen-tido, incluso el silencio es una respuesta. Mediante las preguntas del paciente, la iniciativa recae ahora en el analista, quiéralo éste o no. Esta situación compulsiva surge del hecho de que analista y paciente han iniciado un diálogo y, con él, se deben atener a las reglas de un discurso, que tendrán que aceptar al menos parcialmente (en silencio) si realmente desean llevar adelante un diálogo con algún sentido. Que el interrogador quiera, o no, obtener una respuesta del otro, así como elevar a la categoría de respuesta cualquier reacción del otro, depende del carácter de la pregunta.

Un paciente que aún no se ha familiarizado con la situación analítica espera que el diálogo con el analista se desarrolle de acuerdo con las reglas de la comunicación cotidiana. El hecho de que algunas preguntas sean pasadas por alto puede tomarlo como un signo de que el analista no puede contestar, o que no está dispuesto a hacerlo, o ambas cosas.

La pregunta es entonces un medio a través del cual una persona puede inducir a otra a entrar en un intercambio verbal, en un diálogo. Ya que la terapia psico-analítica vive de la conversación, del "intercambio de las palabras"

(Freud 1916-17, p.15), es extremadamente importante lo que el analista responde y cómo lo ha-ce (naturalmente, no sólo frente a las preguntas). Las preguntas sirven aquí como un ejemplo excelente para un amplio espectro de intentos directos y abiertos por parte del paciente de involucrar al analista en un intercambio ad hoc; en este con-texto, las peticiones y los reproches pueden ser también nombrados como ejem-plos. Además, algo, que en un comienzo aparentaba ser una mera pregunta infor-mativa, puede tornarse más tarde, por ejemplo, en un reproche. Las preguntas son difíciles de manejar porque invitan a la interacción de múltiples maneras. ¡A qué madre no le exasperan ocasionalmente las preguntas insistentes e inquisitivas de su hijo! Lo mismo le ocurre al analista cuando se siente presionado por las pre-guntas.

Frente a estas dificultades, aparece una regla técnica que se ha anquilosado en un estereotipo frecuentemente detectable, que parece romperlas como la espada de Alejandro Magno el nudo gordiano. El estereotipo prescribe responder las pregun-tas del paciente con una contrapregunta: "¿Qué lo lleva a hacer esa pregunta?" Por ejemplo, si en el informe de un tratamiento se menciona el surgimiento de una que otra pregunta, y se agrega que ésta fue posteriormente "analizada", es posible asumir, con bastante certeza, que el paciente hizo una pregunta que le fue devuelta con la petición de asociar con ella, a lo que el analista a menudo invita indirectamente mediante el silencio. Esta forma de devolver las preguntas es para la opinión pública un signo característico del tratamiento analítico. De acuerdo con esto, en la contratapa de la traducción al alemán (1983) del libro de Malcolm (1980) Preguntas a un psicoanalista, se puede leer: "J.M. hace la pregunta que todo paciente querría siempre haber hecho, pero frente a las que el analista, él lo sabía, sólo respondería con: '¿Qué se le viene a la mente cuando usted piensa sobre por qué me quiere hacer esta pregunta?'" Nosotros también durante años nos comportamos de acuerdo con este estereotipo, hasta que nos dimos cuenta de sus efectos negativos. Lo profundamente arraigada en el superyó profesional que se encuentra esta regla, es algo que pudimos constatar, una y otra vez, en la mala conciencia que teníamos cuando no la seguíamos. Suponemos que a muchos analistas les debe suceder algo parecido. Como deja en claro la anécdota siguiente, ciertamente este estereotipo es retransmitido de generación en generación a través de los análisis didácticos y de control, en el supuesto de que, en último término, este responder a las preguntas, reflejándolas de vuelta, asegura un análisis especialmente profundo y estricto. Sea como sea -de acuerdo con esta anécdota- los can-didatos toman muy en serio esta regla, cuya idea central no es un invento. Ella dice así: Un candidato le dice a su primer paciente en análisis, y poco antes de finalizar las conversaciones previas: "Si aún tiene algunas preguntas que hacer, hágalas ahora, por favor. A partir de la siguiente sesión estoy bajo el principio de la abstinencia y no puedo contestar a sus preguntas." En la siguiente revisión bibliográfica (véase sección 7.4.1) queda claro, que este estereotipo representa un resto de la concepción terapéutica económico-pulsional. Esta concepción supone que, al no contestar la pregunta del paciente,

éste llegará más rápidamente a producir ocurrencias que conduzcan al significado latente de la pregunta. La regla se justifica, entonces, en una esperada ganancia en discernimiento terapéutico. Pero, ¿y qué sucede con el paciente frente al rechazo -aunque no intencional, pero a menudo experimentado- al no ver contestada su pregunta? ¿Qué influencia tiene este rechazo sobre el paciente en la relación transferencial y sobre el proceso de reestructuración de las representaciones de sí mismo y del objeto que se busca? Creemos que muy pocos pacientes tienen un yo suficiente-mente intacto como para no experimentar el rechazo implicado en la no contestación estereotipada de las preguntas sin un agravio considerable, con todas las consecuencias que esto supone para los procesos de defensa inconscientes.

Al menos en la fase inicial, el paciente no está en condiciones de encontrar un sentido a la regla de la contrapregunta. Puede suceder que la vivencia de estos rechazos y agravios lleve a activar procesos de defensa inconsciente que conduzcan a transformaciones imperceptibles en las ocurrencias. Así, la reserva del analista, con la que éste quiere promover un aumento en las ocurrencias del paciente, lleva justo a lo contrario.

En base al estudio de la literatura y de la propia experiencia, llegamos a la conclusión de que la regla de la contrapregunta de ningún modo asegura llegar a las profundidades del conocimiento de sí, sino que, por el contrario, puede interferir, incluso destruir, la base de éste, esto es, el diálogo. Podemos reforzar esta afirmación con los resultados de nuestra propia investigación: ¿qué pasa con la exención de la regla? ¿Qué pacientes pueden ser exceptuados por el analista de la regla de la contrapregunta? Todos aquellos que no tienen un yo intacto, con suficiente capacidad de tolerancia, es decir, un gran número de pacientes que van en busca de un analista. ¿Y qué sucede cuando el analista no se atiene a la regla de la contrapregunta? ¿Responde, sin más, a las preguntas hechas? De ningún modo. Sólo se abstiene de observar rígidamente la regla, ya que ésta no es compatible con la teoría bipersonal del proceso analítico y con la experiencia de la práctica psicoanalítica. Del mismo modo como el desarrollo del yo y del "sí mismo" están unidos al principio dialogal, el cambio terapéutico del yo y el encuentro consigo mismo se encuentran ligados a la respuesta del nuevo objeto. En este sentido, las excepciones de la regla son la mayoría. Nuestro escepticismo con la práctica tradicional va más allá de aquellos pacientes que muestran "relaciones de objeto" inseguras. Ya que en un tratamiento analítico todos los objetos se constituyen predominantemente a través de la comunicación verbal con un sujeto que contesta, podemos aclarar por qué se necesita modificar una venerable regla para hacer más fructífero el diálogo psicoanalítico. No se trata sólo del simple contestar, sino de la sustitución de la regla de la contrapregunta por un modo de aplicación diferenciado y empático, en el sentido de la proposición de Curtis (1979, p.174): "Evidentemente, es un asunto de juicio analítico saber si acaso es mejor para el proceso analítico ofrecer una respuesta, una aclaración

o una confirmación a las preguntas del paciente". Desde el momento en que la regla de la contrapregunta presenta un manejo aparentemente cómodo de un problema complicado, no es mayormente extraño que ésta se haya mantenido tan estable hasta hoy. A continuación investigaremos la fundamentación del estereotipo y su historia.

#### **7.4.1 Fundamentación e historia del estereotipo**

Una primera fundamentación para el estereotipo de no contestar las preguntas del paciente parece derivarse de la regla de la abstinencia: de acuerdo con ésta, la contestación de una pregunta representa una indebida gratificación pulsional del terapeuta al paciente, que impide el progreso del proceso analítico. Se supone que si el analista responde una vez, el paciente seguirá una y otra vez preguntando al modo de una resistencia inducida por el analista mismo.

Un segundo problema atañe a las preguntas personales con las que el paciente intenta averiguar algo sobre la persona del analista. Aquí, la asunción es que la contestación de tales preguntas ventilan el incógnito terapéutico del analista o ponen en evidencia su contratransferencia, con lo que se perjudica el desarrollo de la transferencia.

Debido a estos temores, la no contestación de las preguntas se perfiló como una estereotipia técnica, estereotipia que no se originó en Freud, quien se manejó en forma flexible en este asunto. En el informe sobre la fase inicial del análisis del Hombre de las ratas (1909d), encontramos que Freud contestó directamente a su paciente numerosas preguntas respecto al modo de operar del análisis y sobre el pronóstico del tratamiento psicoanalítico, donde queda claro que no hizo del preguntar del paciente un objeto de interpretación.

Blanton (1971) relata que durante su análisis con Freud le preguntó, en numerosas ocasiones, sobre sus puntos de vista científicos. Según Blanton, la reacción de Freud fue la de contestar directamente a sus preguntas, sin hacer ninguna interpretación. Freud nunca se refirió en forma explícita al problema técnico de cómo tratar las preguntas del paciente, no lo hizo en sus escritos técnicos ni tampoco en el resto de sus trabajos, aparentemente porque esto no constituía un problema para él.

Para nuestra sorpresa, al estudiar la literatura encontramos que fue Ferenczi (1919) quien formuló la regla de no contestar a las preguntas de los pacientes, lo que fundamentó del siguiente modo:

He convertido en regla contestar con una contrapregunta cada vez que un paciente me hace una pregunta o quiere de mí alguna información, es decir, preguntarle sobre cómo ha llegado a tal pregunta. Si yo simplemente le contestara, entonces la moción que lo llevó a hacer esta pregunta sería eliminada por la respuesta; así, en cambio, dirigimos el interés del paciente a los orígenes de su curiosidad y, si tratamos analíticamente sus preguntas, la

mayoría de las veces olvida repetir la pre-gunta original; con ello nos muestra que, en el fondo, no le importaban estas pre-guntas y que éstas sólo tenían significado como medio de expresión del inconsciente. (1964 [1919a], p.45; la cursiva es nuestra).

A través de las contrapreguntas, Ferenczi creía poder llegar rápidamente hacia los determinantes inconscientes, es decir, hasta el significado latente de la pregunta. Somos de la opinión que esta afirmación no puede generalizarse. Primero, es muy posible que la aplicación rígida de esta técnica pueda desanimar al paciente a hacer preguntas en absoluto, impidiendo así el análisis, no sólo de las preguntas, sino también de los pensamientos correspondientes, sin que el analista se dé necesariamente cuenta de ello. Al revés, las respuestas convencionales del analista, hechas en un nivel de la comunicación cotidiana, no implica automáticamente que ambos se enreden en un juego superficial de preguntas y respuestas, donde los determinantes inconscientes se hagan inaccesibles para un análisis posterior. Más bien tuvimos la experiencia contraria, es decir, que nuestras contestaciones según las reglas del discurso cotidiano, por lo demás bien meditadas, capacitaban al paciente para hablar sobre sus sentimientos de rechazo, que habían surgido como consecuencia de un manejo demasiado rígido de la regla de la contrapregunta. La subsiguiente interpretación de la evitación de hacer preguntas, capacitó al paciente para, por primera vez, seguir planteando preguntas, preguntas más profundas, que al final fueron comprendidas e interpretadas como productos derivados de tendencias hasta el momento inconscientes.

Muchos analistas han hecho experiencias similares que los han llevado a modificar su técnica. Por ello la regla de Ferenczi no pudo imponerse en todas partes. Esto se deduce de la encuesta llevada a cabo por Glover (1955, pp.261ss) en el año 1938, y cuyos resultados el autor consideró representativos también para los años cincuenta. Entre otras cosas, preguntó a sus colegas si estarían dispuestos a admitir frente a sus pacientes sus estados de ánimo, angustias o enfermedades. La mayoría estaba dispuesto a confirmar las observaciones hechas por el paciente, si es que fuera necesario hacerlo. Algunos tomaban la decisión de hacerlo de acuerdo con los efectos eventuales sobre el paciente, es decir, eran en alguna medida flexibles. Sólo una pequeña minoría se había hecho la regla de no confirmar ni tampoco negar tales suposiciones o preguntas del paciente. En lo que se refiere a las preguntas de tipo no personal, la gran mayoría de los encuestados estaban dispuestos a entregar información objetiva sobre problemas sexuales y no sexuales, aunque sólo para una cuarta parte de los analistas entrevistados esto constituía un asunto no problemático. Hubo un amplio consenso sobre el deber de analizar las preguntas. Pero también sobre el error que significa convertir una pregunta en el punto de partida de un análisis motivacional, si es que la pregunta se justifica de manera realista. Se opinó que el análisis estereotipado



de las preguntas aumenta la indiferencia o la resistencia del paciente y que además es un signo de inapropiada ansiedad por parte del analista.

El resultado de esta encuesta revela que los psicoanalistas son flexibles en su práctica en cuanto a responder las preguntas del paciente. Sin embargo, sólo raras veces se encuentra en la literatura una postura tan clara frente al manejo estereotipado de las preguntas, como la de Kohut (1971, p.89):

Permanecer en silencio cuando se recibe una pregunta no es, por ejemplo, neutralidad, sino mala educación. No es necesario recalcar que, de acuerdo con circunstancias clínicas especiales, y después de las explicaciones correspondientes, existen momentos en los análisis en los que el analista no ve la necesidad de enfrentarse con las exigencias pseudorrealistas del paciente, sino que insistirá en la investigación de su significado en la transferencia.

La sobrevaloración de las interpretaciones, que compartimos plenamente, ha conducido a que a muchos analistas se les escape el hecho de que cuando se toman en serio las preguntas del paciente en un nivel manifiesto, se crea un clima terapéutico positivo. Según nuestra opinión, los analistas recurren a la regla de la contrapregunta porque temen que, de otro modo, los pacientes se mantendrán en un nivel superficial. Un ejemplo de esto lo encontramos en el estudio de Dewald (1972) sobre proceso, cuyo mérito especial consiste en que los protocolos verbales permiten formarse una idea muy certera sobre su técnica. Al comienzo de la primera sesión, la paciente preguntó sobre lo que tendría que hacer en el caso de estar embarazada. Dewald contestó diciendo que sería necesario entender lo que estaba detrás de la pregunta para así poder reconocer otros significados inherentes a la pregunta misma. De hecho, el significado de la pregunta permaneció oscuro incluso en un nivel manifiesto, y el analista no hizo mayores esfuerzos por descubrir algo en ese nivel. En su crítica a Dewald, Lipton (1982) hace notar que con esta técnica los aportes verbales del paciente toman un carácter incongruente e ilógico. Para Dewald, el objetivo de esta técnica es obtener material para sus interpretaciones puramente histórico-genéticas. Esto lo logra a través de señalar a la paciente, con su respuesta a la pregunta inicial, que el significado manifiesto de la pregunta no es de interés para él, e interrumpiéndola repetidamente en el curso de la sesión, la mayoría de las veces sólo para preguntarle asociaciones o detalles adicionales. Estamos de acuerdo con Lipton en que los significados ocultos, latentes, pueden ser captados por el analista sólo después de haber comprendido lo que el paciente le quiere decir en un nivel manifiesto. Mediante esta forma de contrapregunta, y su insistencia en asociaciones adicionales, incluso antes de que el sentido manifiesto de la pregunta del paciente haya quedado claro, Dewald plantea, en este ejemplo, la posibilidad de comprender los aspectos transferenciales de la pregunta del paciente y, eventualmente, de interpretarla. Para poder hacer esto, sería necesario entender el significado manifiesto de la pregunta y saber qué

elementos de la situación la desencadenaron. Así, en este caso, la técnica de la contrapregunta podría ser señalada como culpable de que material altamente significativo para la transferencia actual de la paciente permaneciera inaccesible para el análisis. Mucho más tarde salió a la luz que, cuando le hizo la pregunta a Dewald, la paciente llevaba ya dos meses de em-barazo. Nuestras dudas frente a la técnica de la contrapregunta se basan no sólo en que no siempre favorecen la comprensión más profunda del paciente, sino también en que su aplicación rígida puede llevar a complicaciones difíciles en el desarrollo de la transferencia.

Greenson (1967, p.279) describió un paciente cuyo análisis previo había sido poco exitoso, probablemente porque el analista había utilizado una técnica demasiado rígida, técnica que contemplaba no contestar preguntas y no dar ninguna explicación al paciente de las razones de esta técnica. En este punto, Greenson pudo estructurar el análisis de manera más productiva, al fundamentar frente al paciente el porqué de su no contestación de las preguntas. El reconocimiento de Greenson de que el paciente tenía derecho a recibir una explicación para esta regla analítica, poco habitual en comparación con la situación cotidiana, hizo posible que el paciente hablara de los sentimientos de profunda humillación y de falta de consideración que había tenido con su analista anterior. De este modo, la transferencia negativa del paciente, que había conducido al estancamiento del análisis anterior, se hizo accesible a la elaboración y a la interpretación.

Es probable que el lector se extrañe al saber que fue precisamente Ferenczi, el primer analista en pensar que los estados de carencia y los defectos tempranos podrían ser reparados, quien habló en favor de la rigidez en un campo tan delicado de la comunicación. En aquel entonces, cuando formuló la regla de la contrapregunta, Ferenczi (1919) se guiaba en la terapia según el modelo de la descarga, y aconsejaba forzar las fantasías, o aumentar la tensión, como parte de la técnica activa recién estrenada. ¿Tiene sentido, entonces, especular sobre la relación entre la rigidez y el cuidado maternal de los pacientes regresivos? Creemos que sí, puesto que nuestro conocimiento actual nos permite suponer que la negación de las respuestas en pacientes con disposición a la regresión puede desencadenar profundos estados regresivos de tipo psicótico.

Naturalmente, con esto no queremos decir que la implantación de la regla de la contrapregunta en el año 1918 fue la única responsable de las regresiones profundas que sufrieron pacientes tratados por Ferenczi en los años veinte. Si admitimos que Ferenczi se atuvo estrictamente a esta regla al tratar pacientes graves (lo que efectivamente hizo), podemos decir con cierta seguridad, basándonos en el conocimiento actual, que las regresiones iatrogénicas eran inevitables.

Las experiencias que se comunicaron en un seminario sobre "estados regresivos severos durante el análisis" (Weinshel 1966) son especialmente instructivas al respecto. Numerosos casos, presentados en esa mesa redonda por prominentes analistas, llevaron a Frosch (véase Weinshel 1966, pp.564,

567) a señalar que entre los factores que pueden desencadenar una regresión grave se encuentra en primer lugar el silencio del analista, recomendando que los analistas "hablen más a me-nudo" y "contesten con mayor prontitud las preguntas" cuando trabajan con pa-cientes de riesgo. Esta conclusión fue obvia después que se reconoció el papel de la aplicación rígida de la regla de la contrapregunta y del silencio como medio técnico auxiliar, en general o en la forma de una no contestación de preguntas o peticiones, como causantes, al menos en parte, de daños iatrogénicos. Sin embar-go, y por varias razones, la flexibilidad patrocinada no es tan fácil de realizar. Quien se deja guiar en los tratamientos por reglas ritualizadas, delega en ellas la propia responsabilidad. Si las reglas son seguidas sin mayor crítica, se pasará por alto el poder manipulador inherente a ellas. Solamente cuando se superan las ligaduras estrictas a una regla, decidiendo por sí mismo contestar o no a una pre-gunta, el modo de hacerlo y su justificación, se es plenamente consciente de la propia responsabilidad. Sin embargo, considerado el asunto desde el punto de vista del representante del sistema de reglas, el analista flexible manipula aun cuando justifique su decisión pragmática y científicamente. Desde el punto de vista del sistema de reglas, incluso aquello que es recomendable o ha demostrado ser benéfico para el paciente es una manipulación. De acuerdo con esto, en sus reco-mendaciones sobre la flexibilidad técnica en los pacientes de riesgo, Frosch señaló que se trataba de "manipulaciones" (es decir, tratamiento cara a cara, comunicación del número telefónico privado, prescripción de fármacos o cambios en la frecuencia de las sesiones). Sin embargo, el sistema de reglas no tiene la última palabra :

Si el clima, la actitud y el modo de pensar son analíticos desde un comienzo, en-tonces el deslizamiento suave, imperceptible, hacia la técnica psicoanalítica clási-ca va a ser absolutamente natural, y el comienzo del tratamiento se fundirá sin so-lución de continuidad y orgánicamente con el resto de la terapia (Weinshel 1966, p.567).

Ya que la regla de la contrapregunta en el contexto de un sistema de reglas rígido, como es sustentado por Menninger y Holzman (1958), puede tener efectos secun-darios desfavorables en cualquier fase de la terapia -y no solamente en pacientes de riesgo- el cuidado de un clima analítico, en el sentido de Frosch, es siempre algo decisivo. La dosificación de los medios terapéuticos debe ser ajustada en cada caso individual de tal modo, que se pueda realizar la meta del tratamiento psicoanalítico, es decir, el logro de cambios estructurales a través de la interpretación de la trans-ferencia y de la resistencia. Así, habrá psicoanálisis en los que el analista dejará muchas preguntas sin contestar y otros más decididamente de apoyo. La clasifi-cación en terapias de apoyo, expresivas y estrictamente analíticas, es cuestionable. Consideremos el siguiente breve diálogo sobre el que informan G. y R. Blanck (1974, p.330):

Paciente: Hoy día siento como si odiara a toda la gente, especialmente a todas las mujeres. (Pausa). Pareciera que a usted no le importa que yo diga esto. (Pausa). Usted es más fría que un témpano. Estoy triste. ¿Por qué no dice nada? Terapeuta: Lo haré. No me afecta que usted diga lo que siente.

En este pasaje lo importante no es el contenido de la intervención, sino el comentario de los Blank de que, en el tratamiento de pacientes limítrofes, es permitido, en contra de la técnica psicoanalítica, responder a un comentario. Hasta el momento, las experiencias con la regla de la contrapregunta no justifican considerarla como la tabla de los mandamientos.

### Reglas

Las reglas de la cooperación y del discurso

#### 7.4.2 Las reglas de la cooperación y del discurso

Preguntar y responder son conductas verbales que apuntan a una estructura dialógica, en contraste con los modelos verbales de monólogo, cuando el paciente asocia libremente. La regla de la contrapregunta tiene por objeto convertir en soliloquio una conducta verbal que el paciente inició como coloquio. Para comprender el efecto que tiene la desviación de las reglas de conversación cotidianas, es útil poner la mirada en algunas reglas del discurso y de la cooperación que conforman el horizonte de experiencias y expectativas de toda persona. Nos limitaremos a aquellos modelos de conducta verbal que pertenecen al tema de la pregunta y de la respuesta.

En la teoría de los actos verbales de Austin (1962), se parte del hecho de que "con las palabras se hacen cosas", es decir, de que con ellas se actúa. Los modelos de conducta verbal ofrecen al hablante caminos específicos de acción para intervenir y modificar la realidad (Ehlich y Rehbein 1979). Pero, para que la lengua pueda llegar a ser un medio de conducta eficaz, deberá tomar en cuenta la existencia de compromisos suprapersonales, que se pueden formular como reglas del discurso. Estas reglas del discurso dependen parcialmente del contexto social de una conducta verbal (por ejemplo, en un proceso judicial valen otras reglas discursivas que en una conversación entre dos amigos) y, al revés, una situación social dada queda parcialmente determinada por las reglas particulares del discurso. Si uno proyecta esta última observación al campo psicoanalítico, se podría decir que las reglas implícitas y explícitas del discurso determinan no sólo la situación social manifiesta, sino también el campo de referencia latente de la transferencia y de la contratransferencia. Para que pueda darse un diálogo con sentido, los interlocutores deben estar dispuestos (y tienen que presupuestar que el otro también lo está) a reconocer las reglas del discurso válidas para esa situación social dada, y tienen que esforzarse en formular sus aportes discursivos de acuerdo con esas reglas (principio de cooperación general, enunciado por Grice [1975]). En el caso de

que surjan malentendidos o violaciones de las reglas, debería ser posible una metacomunicación sobre el discurso precedente, que sea adecuada para zanjar el problema. Por ejemplo, uno de los participantes del discurso puede insistir en la observancia de la regla (a modo de ejemplo, "Lo que le dije fue una pregunta, ¿pero usted no me respondió!"). En estas metacomunicaciones se puede explicitar las reglas transgredidas, hasta ese momento implícitas, y eventualmente aprovechar la ocasión de redefinirlas, con lo cual el contexto social y, añadimos nosotros, el campo de la transferencia y de la contratransferencia, sufren modificaciones. En la viñeta casuística de Greenson (1967, p.279) anteriormente citada, entendemos la intervención del analista como una comunicación sobre el discurso del siguiente tipo: la regla de la contrapregunta es introducida y fundamentada de manera explícita. De este modo, el analista le quita al paciente un peso de encima frente al miedo de que el analista proceda en forma arbitraria con él, es decir, de que éste no garantice la observancia de la regla general de cooperación, con lo cual la relación transferencial se alivia de una buena porción de tensión y agresión latente.

De acuerdo con el principio de cooperación general, aparecen reglas específicas adicionales, según la intención de cada acción verbal. Estas reglas adicionales permiten a quien recibe la acción verbal, por un lado, identificarla (por ejemplo, distinguir preguntas de peticiones, o de amonestaciones) y, por el otro, le posibilitan fijar la reacción adecuada a ella. Así por ejemplo, la reacción adecuada frente a una pregunta es una respuesta o una contestación, en la que la persona solicitada fundamenta el hecho de no dar una respuesta. Quisiéramos ahora hacer algunas reflexiones sobre la manera como el silencio y la contrapregunta se perfilan contra el telón de fondo de algunas reglas del discurso.

Si el analista permanece en silencio frente a una pregunta del paciente, se le atribuye un significado al silencio. Debido a que éste puede ser interpretado de infinitos modos, el paciente tiene un sinnúmero de posibilidades, que configura según el contexto de la situación y la forma de la relación transferencial existente. El paciente tiene que suponer, teniendo presentes las reglas del discurso, que el analista no quiere tomar en cuenta las reglas de cooperación o de que quiere darle a entender, en silencio, que no ha cumplido con una de las premisas que harían de su observación una pregunta. Si el paciente supone la primera posibilidad, esto puede conducir a la interrupción del tratamiento. Esto no sucede si el paciente está dispuesto, en base a motivos transferenciales, a aceptar esta definición de la relación, donde el analista puede comportarse arbitrariamente. En este caso, el analista ha contribuido con su silencio a que este modelo transferencial de sometimiento se configure, o al menos se refuerce, desde un régimen arbitrario. Pero, aunque el paciente opte por la segunda posibilidad, es de suponer que el paciente sienta esta manera silenciosa de "comunicarse" como particularmente ruda, lo que tendrá inevitablemente repercusiones sobre la relación transferencial.

Se puede dar una situación aún relativamente favorable, si el paciente interpreta en gran parte el silencio del analista en el sentido de que este último no dispone de la necesaria información. En este caso, la repercusión sobre la transferencia podría consistir en que el paciente renuncie en parte a su exagerada idealización del ana-lista.

### Reglas

#### El hallazgo del objeto y el diálogo

La regla de la técnica de la contrapregunta de Ferenczi -especialmente si se la introduce sin fundamentarla- puede ser entendida por el paciente como si el analista no quisiera darle la necesaria información, a pesar de que muy probablemente la tenga. De hecho, hay contextos sociales en los que existe una relación asimétrica entre el hablante y el destinatario (a menudo relacionada con una correspondiente desproporción en la repartición del poder), que se expresa en una ausencia de la disposición a comunicar una información. Por ejemplo, en un juicio, a un acusado no le está permitido requerir información del juez (excepto preguntas que aseguren el entendimiento verbal), aunque lo contrario sí sea posible (en cuántas películas hemos visto aquella escena en que el indefenso protagonista se enfrenta a los representantes del poder, quienes "imponen las reglas del juego" con la frase: "¡Yo soy quien hace las preguntas acá!"). La regla de Ferenczi (también en la modificación hecha por Greenson) apunta a explicar la situación analítica como un campo inter-accional en el cual no se permiten preguntas informativas genuinas por parte del paciente. El paciente incorporará esto en su transferencia, de acuerdo con su disposición personal. Una posibilidad sería que fantaseara la situación analítica como una escena judicial. Ahora, según determinadas disposiciones transferenciales, el paciente podría suponer que no se está cumpliendo con el principio de cooperación general. Al referirnos al silencio del analista discutimos esta posibilidad. Este peligro es especialmente grande en la fase inicial, cuando el paciente no puede comprender aún el sentido de las reglas psicoanalíticas. Una situación algo distinta se da cuando el analista sigue la recomendación de Greenson y explica al paciente el propósito de la regla de la contrapregunta. Tales explicaciones no tienen un efecto muy persistente, pero pueden afianzar la relación, especialmente cuando la información sobre las reglas ha sido enriquecida por medio de interpretaciones.

Racker (1968), en sus estudios sobre la estrecha interrelación entre transferencia y contratransferencia, llama la atención sobre el hecho de que el silencio del ana-lista (y nosotros agregaríamos, la rígida adhesión a la regla de la contrapregunta), también puede ser expresión de un tipo de reacción contratransferencial iatrogénica:

Si la neurosis del paciente se centra, por ejemplo, en un conflicto con su padre interiorizado, él proyectará este último en el analista y lo tratará como a su padre; el analista se sentirá tratado como tal -se sentirá maltratado- y reaccionará inter-namente, en una parte de su personalidad, de acuerdo con el

tratamiento recibido. Si el analista no alcanza a darse cuenta de su reacción, su conducta será inevitablemente afectada por ello y renovará la situación que, en mayor o menor grado, ayudó a establecer la neurosis del analizando. [...] Un ejemplo bien conocido de esto es el silencio vengativo del analista. Si el analista no se da cuenta de estas reacciones [contratransferenciales] existe el peligro de que el paciente repita, en su experiencia transferencial, el círculo vicioso de proyección e introyección de "objetos malos" (en realidad neuróticos) y las consecuencias patológicas de angustias y defensas (Racker 1968, pp.137-138; cursiva en el original).

Queremos resumir nuestra teoría de la acción verbal de la siguiente manera: el paciente trae al análisis un conocimiento mayormente preconsciente sobre las reglas del discurso, extraído, en gran parte, de su experiencia cotidiana. Cada vez que el analista se aparta de las reglas del discurso cotidiano introduce, implícita o explícitamente, nuevas reglas de discurso que pueden producir confusiones y, correspondientemente, influye en los patrones transferenciales del paciente. Al hacer esto, el analista orienta al paciente en la dirección de un modelo transferencial que concuerda con las nuevas reglas del discurso. Los modelos transferenciales emergentes dependerán del tipo de disposiciones transferenciales del paciente.

#### 7.4.3 El hallazgo del objeto y el diálogo

Nuestra referencia a la teoría de la acción verbal ha demostrado, en el ejemplo del modelo verbal de la pregunta y respuesta, que las reglas del discurso forman un sistema altamente diferenciado de reacciones mutuamente relacionadas de ambos interlocutores. En el nivel de la interacción no verbal entre madre e hijo, se conocen modelos de interrelación y coordinación similares. Spitz (1965) también llamó diálogo a este comportamiento de referencia mutua entre madre e hijo, des-tacando su significado como condición previa para que el niño sea capaz de adquirir objetos internos y con ello constancia de objeto. De manera natural, las reflexiones de Spitz se pueden aplicar al diálogo verbal en el análisis, cuya meta es el cambio estructural de las representaciones de sí mismo y de objeto.

Según Spitz, en el diálogo entre madre e hijo se engarzan no sólo los modelos de conductas, sino también los afectos previos y acompañantes. Aquí no se trata de que la madre podría, o incluso debería, satisfacer todos los deseos del niño, sino que el diálogo debe desenvolverse en forma gratificante para el niño tan a menudo como sea posible, para posibilitar el desarrollo de la imagen de una buena relación de objeto (nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus: en el intelecto no hay nada que antes no haya estado en los sentidos). Por otro lado, los modelos del niño (su imagen de la relación de objeto) serán también sometidos a un proceso de diferenciación, en la medida en que la

madre deniega, parcialmente, la satisfacción de los deseos del niño, con lo cual este último aprende a controlar sus impulsos y a sobrellevar la ausencia (inicialmente sólo temporal) de la persona real sin llegar a sentirse inundado por afectos.

La analogía del diálogo preverbal, como lo describe Spitz, con el modelo de pregunta y respuesta, es clara. Entre la respuesta directa, por un lado, y la réplica evasiva, por el otro, se tensa el arco de la satisfacción, por un extremo, y de frustración, por el otro. Siguiendo con la analogía, el analista, igual que la madre, tendría que encontrar la mezcla entre ambas, dosificada correctamente, si quiere promover el desarrollo de su paciente. Aquí queda en evidencia que una aplicación rígida de la regla de la contrapregunta representa una solución demasiado fácil del problema. Una parte de las preguntas del paciente deben ser respondidas en aquel nivel tematizado por el paciente, si queremos facilitar la estructuración de una alianza de trabajo sólida. Que esto se realice sin frustración, ciertamente no es posible, y por varias razones: por ejemplo, porque el analista no sabe la respuesta, o porque desea proteger su vida privada (igual como la madre debe protegerse de una exigencia excesiva de parte del niño), o también, porque las frustraciones normales promueven la diferenciación realista de los modelos de relación del paciente. De esta manera, el analista sigue estando totalmente dentro del marco de las reglas del discurso cotidiano.

Ahora, tampoco queremos proponer que el analista debe seguir las reglas del discurso cotidiano en relación a responder las preguntas del paciente, o, en general, en el encuadre terapéutico. Pero lo que sí queremos poner de manifiesto, es que las reglas implícitas y explícitas introducidas por el analista mediante su técnica son determinantes esenciales del modo de configurarse la transferencia del paciente. Flader y Grodzicki (1978) son de la opinión que la regla fundamental y la regla de la abstinencia inducen conductas transferenciales que repiten los modelos de relación del niño hacia personas de las cuales dependía. Ciertamente, no podría existir una madre que siempre evite o deje sin responder las preguntas de su hijo. Por esto, no hay que perder nunca de vista el aspecto iatrogénico en la repetición (véase cap. 2). Por lo demás, de lo que se trata es de una repetición bajo condiciones más favorables. La estereotipia discutida anteriormente no crea condiciones fructíferas para que el paciente encuentre ahora mejores respuestas que antes. En base a los efectos previsibles sobre la relación transferencial, el analista debe examinar cuidadosamente las desviaciones de las reglas del discurso cotidiano que puede exigir a su paciente.

Las posibilidades únicas del diálogo psicoanalítico se fundan en el hecho de que sus reglas de discurso son, en ciertos aspectos, más amplias que las reglas del discurso cotidiano. El propósito de esta mayor amplitud, en la que también se incluye la interpretación, es crear las condiciones para que lo inconsciente llegue a ser consciente. Esta es también la buena intención de la regla de la contrapregunta, aunque su aplicación rígida ciertamente no conduce a este fin.



Así, el analista no ha realizado correctamente su trabajo si simplemente contesta las preguntas del paciente en forma convencional; él debe comprender lo que permanece inconsciente detrás de la pregunta. Según Flader y Grodzicki (1978), el analista tiene que, en último término, contestar algunas preguntas que el paciente aún no puede formular por no tenerlas del todo conscientes. Para mayor claridad, pondremos un ejemplo: un niño, temeroso de quedar solo, pregunta a su madre que va a salir: "¿Cuándo vuelves?". La madre contestará la pregunta y, quizás, agregará algunas palabras de consuelo. El paciente que hace esta misma pregunta al analista al comenzar las vacaciones de verano, posiblemente obtendrá la siguiente interpretación a modo de contestación: "Usted pregunta esto ahora, para asegurarse de que yo regresaré y de que su rabia sobre mi partida no va a dañar nuestra relación". Con esta respuesta, el analista evita parcialmente responder la pregunta planteada (aunque en este ejemplo, la pregunta queda contestada en cuanto el analista implícitamente da a entender que regresará). Esta evasión implica frustración. Así, en una interpretación transferencial, el analista comienza un modo especial de metacomunicación con el paciente, con la intención de iluminar los componentes inconscientes de la relación hacia él. Esta interpretación representa una respuesta a la pregunta que el paciente no puede formular: "¿Por qué soy tan agresivo?, y ¿por qué no puedo expresar mi agresión?" En la medida en que el paciente se sienta comprendido por el analista a través de su interpretación y aprenda así a conocerse mejor, obtiene algo que de todas maneras implica un poco de gratificación, que, además, lo ayuda a superar sus conflictos de mejor manera. En este sentido, se verá más que compensado por el poco de frustración que hay en la negación de una contestación directa a su pregunta. Pero, para que esto pueda llegar a darse, es decir, para que el analista pueda dar una interpretación benéfica, primero tiene que desarrollarse una relación terapéutica con sus aspectos conscientes, inconscientes y transferenciales. El analista contribuye a este desarrollo con todo lo que hace u omite. En los pacientes de riesgo, la adhesión rígida a la regla de la contrapregunta aumenta el peligro de la regresión maligna, o limita la accesibilidad del paciente a las interpretaciones. Por otro lado, el objetivo terapéutico tampoco podría ser logrado mediante la simple adhesión a las reglas cotidianas del discurso. Lo esencial es que el analista se preocupe de obtener claridad por aquello que ha sido desencadenado con sus intervenciones, y que res-pete las reacciones del paciente en sus siguientes intervenciones.

---

1 En la sección 7.4 nos ocupamos del problema de responder o no las preguntas; ahí fundamentaremos con mayor precisión por qué consideramos como falsa la respuesta

## 8 Medios, vías y fines

### 8.1 Tiempo y espacio

La estructura de determinados actos sociales está basada en categorías de tiempo y espacio. La reunión regular en los clubes, el encuentro de los miércoles en casa de Freud, la misa de los domingos, las vacaciones de verano cada año en el mismo lugar, son algunos pocos ejemplos del ritmo biológico y social de la vida. La re-regularidad tiene una función creadora de identidad. Queremos examinar el asunto de la frecuencia de las sesiones desde este punto de vista, es decir, desde el punto de vista de la organización de la experiencia. Aun cuando Freud introdujo el "principio de contratar la hora de sesión" más bien por razones pragmáticas, la sesión diaria era, sin embargo, importante para impedir que "la cura pierda contacto con el presente" (1913c, p.129), y con eso él se refería a la vida del paciente fuera del análisis. En esto debemos también consi-derar que la cura misma puede llegar a ser un trozo de presente, decisivo en la vida de un paciente. Más recientemente, se puede observar una tendencia a abandonar la frecuencia diaria, que Freud practicaba, hacia análisis de intensidad variable. Esta tendencia está motivada por consideraciones estratégicas, es decir, por un intento de ser flexible en el hallazgo de soluciones:

La evaluación por el especialista de la intensidad temporal del tratamiento, regis-tra qué combinación de estructuración, confrontación y procesamiento es óptima para la dinámica del tratamiento, tomados en consideración la observación y la participación del analista, los acontecimientos relevantes para el proceso, las ex-periencias y el trabajo de procesamiento del paciente fuera de la situación analí-tica (entre las sesiones), y las metas del tratamiento (Fürstenau 1977, p.877).

Alexander y French (1946, p.31s) hicieron la proposición de regular la intensidad de la transferencia mediante una variación en la frecuencia de sesiones, proposición que encontró una vehemente resistencia. ¿Qué es aquello, entonces, que nos mo-tiva a mantener la frecuencia de sesiones elegida al comienzo, y a cambiar este arreglo temporal sólo después de fundamentadas reflexiones? Aquí nos encontra-mos con una interesante situación: por un lado, la frecuencia de sesiones es vista como una variable dependiente de la combinación óptima entre "estructuración, confrontación y procesamiento", pero, por el otro, una vez introducida, la fre-cuencia toma el carácter de una variable independiente; ella pasa a formar parte del encuadre en el que pueden cristalizar los conflictos de la relación. El tiempo acor-dado se transforma en el campo de batalla donde se manifiestan diversos motivos por ambos lados.

Este puede dar ocasión para tantos conflictos como el silencio del analista. Ya que la adhesión a un horario fijo de sesiones representa en la con-sulta privada un marco general esencial, el encuadre temporal es un área de ataque especialmente atractiva para el inconsciente del paciente. Aquí el paciente puede encontrar un punto sensible, pues amenaza la autonomía del analista en su uso del tiempo como plataforma organizativa. Mientras el analista defiende de manera más absoluta la frecuencia una vez establecida, más intensa será entonces la lucha en torno al horario.

El arreglo de la frecuencia es un asunto que sólo se puede deducir parcialmente de la teoría. La fijación de 6, 5, 4, 3, 2 ó de sólo una hora a la semana, no permite establecer ninguna predicción sobre el margen de maniobra abierto, que puede permitir un proceso terapéutico bajo condiciones muy variables, según lo ha descrito Rangell (1981), al evaluar sus veinticinco años de experiencia profesional. Naturalmente, las respectivas frecuencias ponen a disposición un espacio de distintas dimensiones para el despliegue de procesos inconscientes. Tomamos en serio la metáfora escénica que está en esto implícita, del mismo modo como, antes que nosotros, lo han hecho Sharpe (1950, p.27) y Loewald (1975). La amplitud o estrechez del espacio no sólo ofrece orientaciones generales sobre las posibilidades de escenificación, sino que también exige del director algo más que colocar a sus actores sobre el escenario; Loewald habla de la neurosis de transferencia como de un drama que el paciente crea y pone en escena en colaboración con el analista (1975, pp.278-279). Por nuestra parte, tenemos un interés especial en la pregunta contraria, es decir, en la frecuencia que un paciente individual necesita para escenificar sus conflictos inconscientes en la relación analítica. Hoy en día, parece algo decidido que la afirmación estándar -sólo 4 horas o más permiten el desarrollo de la neurosis de transferencia-, representa un residuo de una concepción ideológica del psicoanálisis. En todas aquellas partes donde, por razones económicas reales, se ha debido reducir la frecuencia de horas semanales -por ejemplo, en Francia, donde, de regla, los análisis son de 3 horas-, se ha podido demostrar que la sustancia del quehacer analítico no depende de este factor externo. Pueden darse casos individuales donde sólo el acuerdo de un tratamiento altamente frecuente, con 5 ó 6 horas semanales, hace posible crear y mantener un proceso terapéutico. Entonces tal frecuencia también se justifica. Nosotros somos empero de la opinión de que, actualmente, el supuesto de uniformidad oscurece el pensar psicoanalítico, lo cual no permite en absoluto una discusión objetiva del caso individual, es decir, cuántas sesiones por semana necesita un paciente concreto. Plantear, por ejemplo, que los procesos de separación sólo pueden desplegarse en la transferencia con una frecuencia de cinco sesiones por semana (véase, por ejemplo, Etchegoyen 1986, p.474), es desconocer que los fenómenos de separación, son, como todo fenómeno transfe-rencial, diádicos, es decir, no dependen únicamente del encuadre, sino también de las disposiciones inconscientes del paciente y de la teoría y técnica del analista, entre otras cosas. Del mismo modo, la idea de que

los conflictos de separación e individuación sólo pueden elaborarse en relación con las reacciones a la interrupción de fin de semana, es probablemente una de las razones que hace que este tipo de interpretación se transforme rápidamente en una estereotipia.

Consideramos que el argumento de que con una frecuencia igualmente fija para todos los pacientes es posible establecer mejor las diferencias individuales en la reacción frente a la situación estandarizada, representa un entendimiento falso y limitativo de las reglas. La comparación de Bachrach (1983) del procedimiento psicoanalítico con la preparación de un objeto para la observación microscópica, en la que, en vista de la comparabilidad de los resultados, los demás investigadores deben también seguir prescripciones exactas, se basa en el error fundamental de asumir que en una situación social se pueden obtener datos idénticos a través del empleo de procedimientos externos prescritos. El hacer desaparecer los significados individuales que cobran las medidas externas, conduce a la obcecación, según lo aclaramos en la discusión sobre el tema de la analizabilidad.

La significación de la frecuencia y de la intensidad deseada para un tratamiento sólo puede ser adecuadamente entendida, sin embargo, si en la discusión -teórica y clínica- se incluye, además, la cuestión de cómo un analizando se las arregla con su experiencia analítica fuera de las sesiones. Pacientes que durante largo tiempo no son capaces de hacer ninguna relación entre las sesiones individuales, y que se retiran en una especie de cápsula defensiva y obstruyen el desarrollo del proceso de autoanálisis, naturalmente necesitan de una frecuencia de sesiones más alta que pacientes que desarrollan tempranamente esta capacidad y que pueden usarla. El "espacio analítico" (Viderman 1979) se refiere entonces al mundo intrapsíquico de experiencias abierto por el proceso analítico, y no sólo a los períodos concretos de tratamiento. Freud escribió en este punto que para "casos benignos, o en continuaciones de tratamientos muy extensos, bastan tres sesiones por semana" (1913c, p.129).

Los candidatos en formación analítica están expuestos a cargas especiales; por ejemplo, están obligados a someterse a una frecuencia de tratamiento de 4 veces a la semana en sus casos de control. Cuando un paciente, después de una fundamentada elaboración, desea reducir la frecuencia semanal, a menudo no es posible eludir sus preguntas de si acaso 3 ó 2 sesiones no serían suficientes y de cuáles son las razones en contra de, al menos, intentar una reducción. En la mayoría de los casos y situaciones faltan argumentos convincentes; por razón del reconocimiento formal, el candidato debe mantenerse firme en las 4 sesiones. Así, se enfrenta a una difícil decisión: si accede a la reducción, el proceso analítico, bajo nuevas condiciones, a menudo progresa hasta de manera más productiva, pues el paciente ha ganado en autonomía. El candidato debe arreglárselas con una enorme carga: un análisis de 3 sesiones no será reconocido como caso de control y, con ello, su formación se prolongará considerablemente, posiblemente en 3 ó más años. En el peor de los casos, la lucha por la frecuencia termina con la interrupción. Si el paciente, sin estar

convencido, se somete al reglamento, el proceso analítico se verá, al menos temporalmente, muy sobrecargado y peligrará la efectividad terapéutica. La duración de una sesión individual es casi siempre de 45 a 50 minutos. "En ocasiones, además, uno se encuentra con enfermos a quienes es preciso consagrar-les más tiempo que el promedio de una hora de sesión; es porque ellos pasan la mayor parte de esa hora tratando de romper el hielo, de volverse comunicativos" (Freud 1913c p.129). Hoy en día raramente nos encontramos con tales pacientes, o más bien, ¿acaso no queremos encontrarlos? No es tan infrecuente la queja de que los 45 a 50 minutos son demasiado cortos. La vivencia subjetiva del tiempo es una variable interaccional, es decir, está determinada por lo que se logra, o no se logra, en trabajo terapéutico en el tiempo disponible. Aun cuando el analista, evidentemente, no pueda simplemente claudicar frente a los deseos de criticarlo todo, sino que deba analizarlos, sigue en pie la indicación de Freud de mantenerse en "el tiempo promedio de una hora". La palabra "promedio" implica variación en torno al término medio. La desviación en la duración de la hora en la consulta actual debería, empero, ser mínima, pues "el tiempo es oro". Greenson criticó, de manera especial, el interés material de los analistas en mantener un horario exacto de sesiones, al ilustrar la práctica de no separar las sesiones por una pausa adecuada:

Yo creo que la decadencia de la hora de 50 minutos es sintomática de una tendencia materialista en la práctica psicoanalítica, a expensas de un punto de vista humanista y científico. Atender un paciente detrás del otro, en un esquema de cinta transportadora, es un acto evidente de agresión, todo lo sutil e inconsciente que se quiera (Greenson 1974, pp.789-790).

La crítica de Greenson pone de manifiesto la necesidad de que el analista cree una suficiente distancia frente al mundo subjetivo de un proceso analítico, antes de estar en condiciones de colocar toda su atención en el próximo paciente. Creemos que, más allá de las diferencias en el estilo de trabajo de los analistas, es siempre recomendable una pausa dosificada de manera individual. La experiencia del tiempo que se origina en la fase "anaclítico-diatrófica" del desarrollo, es un factor esencial para que la experiencia básica de la situación analítica sea exitosa (Stone 1961). Kafka (1977, p.152) señala que el interés especial de los psicoanalistas en la vivencia del tiempo, surge del hecho de que éstos están continuamente observando cómo las experiencias pasadas se estructuran en el presente. Con todo, es necesaria una sensibilidad especial para los aspectos temporales de la actividad psicoanalítica. Es difícil contestar teóricamente la pregunta de cómo antiguos esquemas cognitivos, almacenados con una estructura temporal condensada inherente, se transforman en tiempo que fluye en el presente (Bona-parte 1940; Ornstein 1969; Schachtel 1947; Matte-Blanco 1975; Loewald 1980). La "psicopatología del tiempo" representa un área importante para el analista (Har-tocollis 1985). La obra de Schilder

(1935a), que intentó aplicar al psicoanálisis los estudios fenomenológicos de Straus (1935), von Gebattel y Minkowski (1933), ha sido injustamente olvidada. Loewald ha retomado nuevamente esta discusión teórica, cuya relevancia para la práctica terapéutica es mayor de lo que comúnmente se supone (Loewald 1980, pp.138ss).

Kafka (1977, p.152) llama especialmente la atención sobre los siguientes puntos: "La hora analítica del paciente" es un vasto time-out (del trabajo, de las actividades corrientes, de los estilos habituales de comportamiento y comunicación)". Un factor que determina la naturaleza de este time-out, es decir, del cambio, del salirse del mundo y del tiempo cotidiano, es la forma como el analista usa la hora, incluyendo la genuina función del silencio:

El mundo exterior es puesto en segundo plano. La quietud actúa como la pantalla de una lámpara que modifica la luz demasiado brillante. La cercanía agobiante de la realidad material se hace remota. Es como si el silencio del analista ya marcara el comienzo de una manera más quieta, menos inmediata, de ver a los demás y a sí mismo (Reik 1949, p.123).

El silencio bien dosificado del analista puede apoyar el time-out del paciente, ayudarlo a volverse hacia la vivencia temporal interna. La regularidad de las sesiones, que ofrece la estructura para los ritmos específicos de cada frecuencia, permite al paciente desarrollar su propio sentido del tiempo, esto es, una manera personal de concebir los time-out. Para el analista, "la sesión es un time-in vasto y relativamente habitual" (Kafka 1977, p.152). El manejo de éste está determinado por la ecuación personal del analista y también por el ritmo de rodaje de la relación. En otras palabras, el uso de la hora analítica por el analista está determinado por sus propias concepciones del tiempo, por el tiempo disponible y por su interpretación de la calidad sensorial de la atemporalidad inconsciente. "El analista, más que el paciente, asume que la contigüidad de la comunicación (y de la experiencia) contiene 'significados' posibles que trascienden la contigüidad como tal" (Kafka 1977, p.152; cursiva en el original). El analista tiene hipótesis propias, deducidas de su teoría, sobre la estructura temporal contenida, de manera lineal, en el material del paciente. Comunicaciones hechas en relación a tiempos reales muy diferentes, las ve como "conexiones llenas de sentido". Esta actividad "constructivista" es, al principio, relativamente nueva para el paciente, quien primero debe ser ganado para esta manera de ver las cosas. Así, Kafka se refiere al analista como a un "condensador" y un "dilatador" del tiempo.

El paciente debe interiorizar esta manera audaz y "constructivista" de acceder a la dimensión temporal, en el sentido de la apropiación de la historia vital descrita por Habermas:

Pienso que el proceso de conectar sucesos y sentimientos de manera diferente -en un sentido, trayendo nueva información para arreglárselas con episodios

vueltos a experimentar durante el psicoanálisis- permite una reorganización y una reinter-pretación del sentido del tiempo. La reorganización puede reforzar el sentido de continuidad y facilitar la ampliación de la perspectiva temporal y su extensión hacia el futuro (Kafka 1977, p.154).

Los time-out individuales de las horas analíticas se combinan para formar un período de tiempo cuya duración, en especial al comienzo del tratamiento, es difícil de evaluar. "He aquí una pregunta desagradable para el médico, que el paciente le dirige al comienzo mismo: '¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cuánto tiempo necesita usted para librarme de mi padecimiento?'" (Freud 1913c, p.129). La astuta recomendación de Freud fue responder con una referencia a la fábula de Esopo:

Se responde, por así decir, como Esopo en la fábula al peregrino que pregunta cuánto falta para llegar: "¡Camina!", le exhorta Esopo, y lo funda diciéndole que uno tendría que conocer el paso del caminante antes de estimar la duración de su peregrinaje. Con este expediente se sale de las primeras dificultades, pero la comparación no es buena: es fácil, en efecto, que el neurótico altere su tiempo y en ciertos períodos sólo haga progresos muy lentos. En realidad la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible (1913c, p.129-130).

Si volvemos nuestra atención hacia la práctica corriente, encontramos comentarios lacónicos sobre el procedimiento estándar; por ejemplo, "que se lleva a efecto en cuatro a cinco sesiones a la semana, con una duración habitual de cuatro a cinco años, rara vez dura menos de tres, y en algunos casos puede durar hasta más de seis años" (Nedelmann 1980, p.57). Aun cuando la mayoría de las formas de psico-terapia analítica duran mucho menos tiempo, sigue siendo actual la pregunta de por qué la técnica neoclásica ha conducido a tal prolongación de la cura, donde la relación entre gasto y beneficio se encuentra en un balance precario. Cuando Freud mencionó "lapsos prolongados", se refería a "medio año o uno entero; [en todo caso] más largos de lo que esperaba el paciente" (1913c, p.131).

En la sección dedicada al tema de la terminación (8.9), discutiremos más de cerca las razones que han contribuido a la prolongación de la cura psicoanalítica. Desde ahora llamamos la atención sobre el hecho de que la discusión del tiempo que requiere el tratamiento psicoanalítico tiende al peligro de confundir la experiencia subjetiva del tiempo (*le temps vécu*, según Minkowski 1933) con el transcurrir del tiempo objetivo. Precisamente por esta razón objetamos críticamente las afirmaciones que entendemos como expresión de un entendimiento cosificado del proceso psicoanalítico, en el sentido de lo planteado por J. Gabel:



El tiempo es una dimensión dialéctica, no sólo porque, a diferencia del espacio, es imposible concebirlo en un estado de descanso, sino también porque su progresión produce una síntesis dialéctica constantemente renovada de sus tres dimensiones: presente, pasado y futuro. Es una totalidad que puede ser disociada por cosificación del pasado o del futuro [...] (J. Gabel 1975, p.107).

En contraste, la investigación del espacio psicoanalítico debe empezar por el espacio concreto, y describir metafóricamente la ampliación de su significado. El paciente da forma al espacio analítico sobre la base de su mundo interno, es decir, de sus esquemas aperceptivos individuales y espera encontrar al analista en este espacio. Viderman (1979, p.282) lo dice así:

La neurosis de transferencia no puede desarrollarse en un espacio vacío de afectos [...]. El proceso analítico sólo se puede desarrollar en un ambiente específico que es creado por las reglas técnicas, en el que interactúan los afectos y las respuestas afectivas de las dos personas que organizan el espacio analítico.

La oficina del analista forma el marco externo para el despliegue del proceso terapéutico. Protegido y asegurado por un "por favor, no molesten", se crea un espacio para la actividad diádica, limitado temporalmente, y cuyas características físicas pueden tener una influencia positiva o negativa. Aunque en la literatura psicoanalítica se encuentra poco escrito sobre el espacio dedicado al tratamiento, la pieza que Freud usó, cuya fotografía es familiar a todos los psicoanalistas, ha sido descrita en detalle por Engelman (1976). Para H. Doo-little (1956) fue el sanctasanctórum. Freud estimuló el desarrollo de transferencias, como persona y a través de su oficina de trabajo, y no entendió la metáfora del espejo como una blank screen, como una superficie vacía. En contraste con esto, todos hemos escuchado anécdotas de analistas que buscan emparejar los estímulos externos usando una pieza extremadamente monótona, con la ayuda de un sastre que les confecciona una y otra vez el mismo traje, y tratando de llegar a ser, de distintas maneras, el espejo perfecto. Esta actitud ya fue criticada por Fe-nichel (1941, p.74).

Si aplicamos la máxima de que el analista debe sentirse a gusto en su oficina, de modo que el paciente también lo perciba, entonces el arreglo concreto del espacio puede variar considerablemente. El arreglo específico puede ser estudiado para determinar hasta qué punto éste expresa congruencia entre la actitud y el comportamiento del analista. A este espacio pertenece, de manera eminente, la persona misma del analista, que se desplaza o se queda quieto en él, y que lo ha decorado personalmente. Las investigaciones en teoría de los roles de Goffman (1961) son relevantes para la comprensión del espacio como marco del tratamiento. En el uso que el analista hace de la relación terapéutica, se dan una multitud de pequeños detalles que son, una y otra vez, motivo de discusiones; éste es un claro indicio de que la realidad de la relación es parte

del sistema de roles de un modelo de prestación de servicios especializados (Goffman 1961). El analista decide el lugar donde el análisis se lleva a efecto, esto es, donde se puede desplegar una relación psicoanalítica y, como resultado de la organización que le da al espacio, se coloca él mismo como objeto de discusión. La oficina debería tener la calidad de un facilitating environment ("medio ambiente facilitador"; en inglés en el original). Atribuimos al analista la "capacidad de preocupación" (capacity for concern, Winnicott 1965), y la habilidad de darse cuenta de la temperatura de la pieza, así como de captar la necesidad del paciente por un cobertor de lana.

En el tratamiento de pacientes neuróticos son menos frecuentes las dificultades que resultan de concebir el espacio como una extensión de la persona del analista; con ellos, la curiosidad en relación a los objetos que ocupan la pieza, o al estilo de decoración, puede ser respondida y trabajada en el sentido de nuestras recomendaciones para tratar las preguntas del paciente (véase 7.4). Las dificultades se dan allí donde los pacientes graves experimentan la oficina como un objeto transicional, como lo ha ilustrado Greenson a través de su experiencia con una paciente quien encontró el consuelo que Greenson no le proporcionaba con la voz acariciando el papel mural: "Aun la oficina del analista puede tomar un poder extraordinario al servicio del paciente, como refugio en contra de los peligros del mundo externo e interno" (Greenson 1978, p.208).

El uso explícito de la oficina como un medio ambiente facilitador, implica que en ningún momento el analista debe perder de vista el proceso de separación. Si el paciente trata la pieza y los objetos que hay en ella como si fueran de su propiedad, y si el analista no reacciona de manera suficientemente rápida para aclarar la confusión del paciente entre lo "mío" y lo "nuestro", se está desmintiendo el hecho de que el paciente comparte el espacio de manera temporal y, en principio, sólo parcialmente. Entonces, se originan confusiones que dificultan el proceso terapéutico. Desde el punto de vista técnico, el tema de las fronteras del yo, que Federn (1956) trató de manera abstracta, cobra aquí una gran relevancia. Por supuesto, la importancia se hace máxima en los casos de patología borderline. En el consultorio privado, el problema de la puesta de límites es a menudo más difícil de solucionar, pues es algo que debe ser reglado de manera individual. En contraste, en las instituciones surgen a veces dificultades cuando se quiere disponer de una pieza que el analista pueda arreglar personalmente.

Medios, vías y fines

Heurística psicoanalítica

Las percepciones que el paciente logra en la consulta del analista son una precondición importante para enriquecer, con rasgos humanos y experiencias personales, sus restringidas identificaciones, mediante las formación de objetos transicionales. En todas partes, el paciente detecta, de manera simultánea, umbrales y fronteras, y con ellos, el espacio y la autonomía personal del analista. Si el consultorio del analista está en su casa habitación, las piezas de

uso personal no son accesibles para el paciente; en las instituciones, en cambio, el paciente puede encontrar a su analista incluso en los baños. Se origina así un campo de tensiones entre el deseo curioso de participar en la vida privada del analista y el respeto por su espacio personal. Al poner límites espaciales y temporales, el analista da un ejemplo de individuación y autonomía. Para poder alcanzar esta meta, el paciente renuncia voluntariamente, aunque de manera temporal, a una parte de su independencia, con el fin de alcanzar una autonomía más amplia y más libre de angustia.

## 8.2 Heurística psicoanalítica

¡Eureka! ("Lo he encontrado"). Según la leyenda, esto es lo que Arquímedes, el matemático griego, gritó al descubrir la ley hidrostática del desplazamiento de los volúmenes. La heurística se define como el arte del descubrimiento y como la guía metodológica para el descubrimiento (o la invención) de algo nuevo. Los pequeños ¡ahá! del paciente se suman hasta configurar descubrimientos de gran alcance terapéutico, aun cuando éstos afecten sólo la vida de un hombre y sus parientes cercanos, y no pasen a formar parte de la historia como el eureka de Arquímedes. Si después de una larga reflexión, el paciente se decide por un nuevo insight, el analista se alegra de que una idea que él concibió a partir de su empatía, entrenada profesionalmente, haya caído en terreno fértil.

El analista mantiene una actitud de reserva, a pesar de la alegría de que la búsqueda en común haya sido exitosa; y esto por diversas razones: él no quiere relativizar, en un momento inadecuado, el orgullo y la satisfacción del paciente por el logro creativo de haber encontrado una solución desacostumbrada y sorprendente. Quizás el analista se demore demasiado tiempo en señalar su acuerdo con el paciente, pues ve, aun en una confirmación parcial, una influencia sugestiva adicional impropia. En ese momento, puede incluso llegar a pensar que una golondrina no hace verano. Finalmente, en heurística es siempre posible plantearse la complicada pregunta sobre los fundamentos de la convicción de haber encontrado algo realmente importante. En cualquier caso, el asunto es determinar la plausibilidad de la conexión presumida, considerándola críticamente desde perspectivas completamente diferentes. En palabras de Freud,

proporcionamos al enfermo la representación-expectativa consciente por semejanza con la cual descubrirá en sí mismo la representación inconsciente reprimida. He aquí el auxilio intelectual que le facilita superar las resistencias entre consciente e inconsciente (Freud 1910d, p.134).

Estamos de acuerdo con Boden (1977, p.347) en que "un método heurístico es aquel que dirige el pensar a través de los senderos que más parecen conducir a

la meta, dejando las avenidas menos prometedoras sin explorar". En contraste, las estrategias algorítmicas se describen como sistemas de reglas prescritos o definidos como procedimientos paso a paso, en los que nada puede salir mal si es que la receta se sigue según el algoritmo la fija. Si las situaciones exceden un cierto grado de complejidad, los pasos descritos por las estrategias algorítmicas se hacen crecientemente complejos; en este caso es más ventajoso el uso del ojo clínico de las reglas heurísticas.

La metáfora del juego de ajedrez muestra que Freud ya tenía total conciencia de la complejidad y de la indeterminación de la situación psicoanalítica y, aun cuando él no usó la diferenciación entre algoritmo y heurística, sus recomendaciones técnicas corresponden totalmente al concepto de estrategias heurísticas que aquí presentamos. En la medida en que se pierde flexibilidad en la aplicación de estas recomendaciones, aparece un momento algorítmico en la técnica psicoanalítica que es ajeno a su naturaleza. El entender la regla fundamental como una estrategia heurística, subraya nuestra concepción de la situación analítica como una situación compleja y de significación múltiple, cuyo entendimiento exige más información que la que inicialmente se tiene a disposición.

El propósito primario de las estrategias heurísticas es la recolección y la organización de información relevante. Las buenas estrategias heurísticas reducen la inseguridad, la complejidad y la significación múltiple, y aumentan la probabilidad de entender lo esencial en un momento determinado. En esto, tales procedimientos parten del supuesto de que la información producida mediante la regla conduce a la concentración del conocimiento que se tiene hasta ahora, y que los criterios de exclusión e inclusión de material surgen del proceso mismo de búsqueda. El procedimiento algorítmico reduce la complejidad y la inseguridad de manera artificial y demasiado rápidamente. Este atribuye significados al material sobre la base de conocimientos previos, y así el proceso de búsqueda termina de manera artificial e inapropiada: con ello, la complejidad no es reducida, sino eliminada.

Las reglas técnicas, esto es, las recomendaciones terapéuticas para guiar el suceder inmediato, pueden ser extraídas en gran cuantía de los escritos de Freud, según lo ha mostrado un grupo de estudio de Francfort del Main (Argelander 1979, p.101-137). Si se entiende la técnica como el conjunto de medios y vías para la aplicación del método (véase, por ejemplo, Rapaport 1960), es posible clasificar las reglas de acuerdo con su función en el proceso analítico.

Las estrategias que promueven el proceso de observación participante, es decir, las que conciernen a la actitud analítica que guía la percepción, recomiendan al analista permanecer especialmente cerca de la vivencia emocional del paciente e identificarse parcialmente con él, para tener parte en su mundo interno. La regla fundamental para el analista, de sostener una atención parejamente flotante y de confiar a su propia actividad anímica inconsciente todo lo que el paciente comunica, precisa el tipo de observación participante favorable para la percepción de las motivaciones inconscientes. La significación de la

"asociación libre" del analista, que debe tener lugar al interior de la atención parejamente flotante, subraya la necesidad de que el analista enriquezca los fragmentos propuestos con su propia vivencia (Peterfreund 1983, p.167). La insistencia de Bion en una actitud "sin memoria y sin deseo", si bien destaca los requisitos para una percepción inconsciente, no parece hacer justicia a este último aspecto, es decir, a la actividad del analista en el proceso de escucha. Junto a las estrategias de la escucha se encuentran las estrategias del habla con las que el analista puede ayudar al paciente a subrayar la significación de sus comunicaciones. En complemento a estas estrategias generales, cuyo propósito es fomentar la subjetividad en el habla del paciente, el analista dirige su propia atención, y también la del paciente, especialmente sobre los fenómenos inusuales, singulares o únicos, que no cuadran con el flujo de la experiencia cotidiana. Argelan-der se remite en este punto al caso Dora (Freud 1905e, p.42), donde sólo determinadas "circunstancias colaterales de su expresión" ofrecieron indicios. Cuando coinciden afirmaciones organizadas de acuerdo al proceso primario y al secundario, aparecen manifestaciones denominadas "fenómenos de interferencia". Estas estrategias conducen a una interrupción de la atención parejamente flotante, luego a un estado de alerta y a una concentración de la atención en torno a un foco (véase capítulo 9): el estado de alerta de percepción analítica se transforma en un estado de alerta de acción analítica. La búsqueda heurística es seguida por procesos internos de pensamiento, en los que la información recibida es revisada bajo diversos puntos de vista. El analista consulta los modelos de trabajo específicos para cada caso, modelos individuales o generales, que tiene a su disposición, y prepara una intervención.

En lo que sigue, consideraremos la manera como los procesos subyacentes llegaron a ser formulados teóricamente. Partiendo de una discusión sobre el concepto de empatía, Heimann (1969) amplió sus ideas acerca de los procesos cognitivos del analista hasta incluir tres estados funcionales; con ello se refirió a sugerencias de Greenson (1960), quien había hablado de un modelo de trabajo que el analista concibe para sí mismo. Nos parece digno de mención que Heimann fue estimulada en estas ideas por una revisión de Holt (1964), en la que éste había resumido la situación de la psicología cognitiva.

Consideramos que éste es uno de los puntos de sutura donde es posible reconocer la influencia de la psicología cognitiva sobre la revisión de la metapsicología psicoanalítica. El desarrollo de la psicología cognitiva y de la investigación en inteligencia artificial (véase Lindsay y Norman 1977) condujo a una considerable diferenciación del concepto de modelo de trabajo de Greenson, que es la que ahora queremos exponer apoyándonos en Peterfreund (1975, 1983).

Muchos conceptos analíticos se basan en ideas sobre la organización de la memoria. En psicología cognitiva, estos sistemas estructurados dinámicamente se refieren con los conceptos de "mapas", "modelos", "representaciones", "estructuras cognitivas", "esquemas" o "argumentos". Peterfreund (1983)

emplea el concepto de "modelo de trabajo". La información que constituye los diferentes modelos de trabajo proviene de todos los datos que el organismo ha seleccionado y organizado en el curso de su vida. El aprender puede ser entendido como el intercambio de modelos de trabajo. Aunque los programas genéticos innatos forman el fundamento de estos modelos, éstos siguen evolucionando a lo largo de la vida. Los sistemas que constituyen los modelos de trabajo pueden ser conceptuados con términos como "información", "procesamiento de datos" y "programas almacenados". Cuando se activa un modelo de trabajo, muchos de sus procesos cursan en un nivel preconsciente. Parece acertado concebir una gran variedad de modelos de trabajo, desde el "conocimiento general sobre el mundo" hasta el "conocimiento sobre la historia de vida personal". Del mismo modo, es útil diferenciar los "modelos cognitivos sobre las representaciones psicológico-evolutivas" de un "modelo de trabajo sobre el proceso terapéutico".

#### Medios, vías y fines

Medios específicos e inespecíficos. Puntos de vista generales

Estos modelos de trabajo no están contenidos unos en los otros como un juego de muñecas rusas, sino que deben entenderse como partes de una estructura reticular, con conexiones transversales múltiples, temporales y espaciales. Usualmente, el analista trabaja con estos modelos en un nivel preconsciente: éstos funcionan presumiblemente como los esquemas de la psicología cognitiva (Neisser 1976); están inmersos en el flujo de la experiencia y al mismo tiempo determinan aquello que el sujeto hará suyo:

Un esquema es aquella porción del ciclo perceptivo total que es interno a quien percibe, modificable por la experiencia, y de alguna manera específico a aquello que está siendo percibido. El esquema acepta información disponible en la superficie sensorial y es cambiado por esta información; guía movimientos y actividades exploratorias que ponen a disposición más información, por la que es, a su vez, modificado (Neisser 1976, p.54).

La construcción y el desmantelamiento de estructuras de experiencia tiene lugar a diferentes velocidades y bajo condiciones diferentes, en los distintos modelos de trabajo. Los conceptos abstractos de la metapsicología son estables porque no pueden ser amenazados seriamente por la experiencia. En contraste, los modelos de trabajo más cercanos a la experiencia son influidos por la verificación clínica. El desarrollo de la teoría de la histeria demuestra vívidamente como Freud fue capaz de desplegar el alcance total de su planteamiento conceptual sólo mediante el re-emplazo del trauma real por el trauma de la seducción fantaseado (Krohn 1978).

### 8.3 Medios específicos e inespecíficos

### 8.3.1 Puntos de vista generales

Desde sus comienzos, el psicoanálisis ha hecho distinciones entre diferentes medios curativos. De hecho, el método psicoanalítico fue bautizado con su delimitación de la sugestión, y con el énfasis en el insight y el recuerdo por parte del paciente, apoyados por las interpretaciones del analista. A pesar de algunas dudas que surgen del significado atribuido a los conceptos de "específico" e "inespecífico" (Thomä 1980; Cheshire y Thomä 1987), los medios terapéuticos se clasifican mejor dentro de este marco de referencia que en el contraste entre relación de objeto e interpretación.

Hace medio siglo que apareció una polarización en psicoanálisis, cuyos efectos se pueden sentir hasta hoy día, y que llevó a Cremerius (1979) a plantearse la siguiente pregunta: ¿existen dos técnicas psicoanalíticas? Esta pregunta se refiere a la contraposición entre la terapia de insight, con énfasis en la interpretación, y la terapia de la experiencia emocional, que asigna la función terapéutica esencial a la vivencia en la relación de objeto. La polarización se retrotrae a la contraposición que hicieron Ferenczi y Rank (1924) entre un cierto fanatismo interpretativo y el efecto terapéutico de la experiencia, que, como "vivencia psicoanalítica", describieron como superior a la reconstrucción a través del recordar. Hay muchos indicios de que la técnica clásica, incluido el trabajo tardío de Freud Construcciones en el análisis (1937d), estuvo marcada por la reacción al exagerado énfasis puesto en la importancia de la experiencia emocional.

A comienzos de los años cincuenta, la experiencia emocional cayó nuevamente en el descrédito, esta vez a causa del uso manipulativo de la experiencia emocional correctora en la técnica de Alexander, quien en 1937 había sido uno de los más severos críticos de Ferenczi y Rank (Thomä 1983a). Con la introducción por Eisler (1953) del modelo técnico básico y su concepto rector de parámetro, los polos se alejaron aún más uno del otro. Más adelante (8.3.3), ofrecemos una descripción más precisa de la terapia de insight centrada en la interpretación pura. Primero, es necesario llamar la atención sobre los demás problemas que se conectan con esta contraposición. Un elemento de la controversia fue la pretensión de que la experiencia emocional es especialmente efectiva en la corrección de los defectos pre-edípicos, esto es, aquellos que se originan en las fases preverbales del desarrollo. Así, en Balint se encuentra el contraste entre interpretación, insight y relación de objeto. Discutiremos este tema en la sección 8.3.4. También la psicología del sí mismo de Kohut se basa en el esquema de los trastornos de origen edípico y pre-edípico, o, dicho resumidamente, en la psicopatología bi o tripersonal respectivamente.

Aunque la manera de Kohut de entender la restauración empática de los defectos del sí mismo difiere muchísimo de la terapia de la carencia de Ferenczi, ambas tienen muchas cosas prácticas en común. Estas similitudes se encuentran en el afán de compensar, de alguna manera, el cuidado materno

previo insuficiente. Ya que en la técnica puramente interpretativa se desestima la efectividad terapéutica del reconocimiento y de la confirmación, y este tipo de intervenciones aparecen como violaciones de la abstinencia, se opuso, como reacción, la "empatía" como concepto genérico, para describir aquella comprensión profunda, averbal y confirmatoria, que está más allá de la interpretación, o que es anterior o independiente de ella.

En el desarrollo de la técnica se llegó, por ambos lados, a desatender y desestimar la posición contraria, con las consiguientes consecuencias para la práctica. En una versión, la función terapéutica de la confirmación y del reconocimiento se ordena como un factor inespecífico, que se contrapone a las interpretaciones específicas (Heigl y Triebel 1977). En contraste, a la mirada silenciosa de admiración narcisista se le asigna el papel de medio curativo para la imagen de sí mismo dañada. Del mismo modo, a propósito de discusiones críticas sobre las percepciones realistas en el aquí y ahora, se mistifican procesos simples de hallazgo de nuevos valores y significados a través del acuerdo interpersonal. Evidentemente, la división entre factores específicos e inespecíficos puede conducir a un callejón sin salida si éstos no se ven en su acción recíproca. Dependiendo de la situación, un factor que generalmente es inespecífico y que forma parte del trasfondo silencioso, puede moverse hasta el primer plano en un determinado momento de la interacción y llegar a adquirir un significado específico. Este cambio se puede fácilmente entender como una inversión figura-fondo, en el sentido de la psicología de la percepción.

Bibring (1937) asignó al trasfondo silencioso un efecto estabilizador independiente de la técnica interpretativa:

Aun cuando posteriormente estas angustias tengan una solución analítica, quisiera aún creer que la vivencia de la certeza de la inclinación a toda prueba del analista, produce una consolidación inmediata del sentimiento de seguridad que no fue adquirido en la niñez, o que lo fue sólo débilmente, quizás a causa de una carencia de tal vivencia de certidumbre. Por cierto, tal consolidación inmediata tiene valor perdurable sólo en el contexto del proceso analítico, aun cuando ella misma, en realidad, no forme parte de la terapia analítica (Bibring 1937, pp.30-31)

En Latinoamérica, Bleger (1967) estudió la relación entre figura y fondo en la situación analítica de modo similar. Parte definiendo la situación analítica como

la totalidad de los fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre el analista y el paciente. Esta situación abarca fenómenos que constituyen un proceso, que es el que estudiamos, analizamos e interpretamos; pero incluye también un encuadre, es decir, un "no-proceso", en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso. [...] Dentro del encuadre incluimos el rol del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la que se incluye el establecimiento y



mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.) (Bleger 1967, p.237; cursiva en el original).

A Bleger le interesa estudiar la función del encuadre, precisamente cuando éste se mantiene "mudo", es decir, cuando no es desafiado por el paciente, cuando éste se somete totalmente a él y el analista no lo convierte en tema de sus interpretaciones. Plantea, sin embargo, que ésta es una situación ideal, pues "lo cierto es que, a veces en forma permanente y otras esporádica, el encuadre se convierte, de fondo de una Gestalt en figura, es decir, en proceso" (p.238). Sobre la función del trasfondo mudo, señala su carácter de sostén a dos niveles. Primero, como fondo sobre el cual el analista puede reconocer el proceso, o sea lo cambiante en la situación (es decir, como prerequisite de la actividad interpretativa), y segundo, como depositario de las fantasías de unión simbiótica con la madre (esto es, como teniendo una función estabilizadora más allá de la interpretación):

el encuadre, siendo constante, es decisivo de los fenómenos del proceso de la conducta [se refiere a los fenómenos observables dentro de la situación terapéutica]. En otros términos, el encuadre es una metaconducta de la que dependen los fenómenos que vamos a reconocer como conductas. Es lo implícito, pero de lo cual depende lo explícito.

La metaconducta funciona como lo que Baranger, M. y W. (1961-1962) llaman "el baluarte": aspecto que el analizado procura no poner en juego eludiendo la regla fundamental; pero en la metaconducta que me interesa analizar se cumple con la regla fundamental, y lo que me interesa es justamente el examen de ese cumplimiento. Concordamos con esos autores en señalar la relación analítica como una relación simbiótica; pero en los casos en que se cumple con el encuadre, el problema radica en que el encuadre mismo es el depositario de la simbiosis y que ésta no está en el proceso analítico mismo. La simbiosis con la madre (la inmovilización del no-yo) permite al niño el desarrollo de su yo; el encuadre tiene la misma función; sirve de sostén, de marco, pero sólo lo alcanzamos a ver -por ahora- cuando cambia o se rompe. El "baluarte" más persistente, tenaz e inaparente, es así el que se deposita en el encuadre (Bleger 1967, p.240; cursiva en el original).

En otro lugar (Thomä 1981, p.73), señalamos que el aporte del analista a la consolidación de la relación no es algo ajeno a la terapia, sino que se encuentra en relación complementaria con los medios específicos. También Strupp (1973, p.35) ha destacado que los factores específicos e inespecíficos no son variables dadas y mutuamente opuestas, sino que son interdependientes.

Medios, vías y fines

El recordar y la reconstrucción

### 8.3.2 El recordar y la reconstrucción

Quisiéramos empezar con el efecto terapéutico del recordar:

En sentido estricto -¿y por qué no lo tomaríamos con todo el rigor posible?- sólo merece el título de psicoanálisis correcto el empeño analítico que ha conseguido levantar la amnesia que oculta para el adulto el conocimiento de su vida infantil desde su comienzo mismo (o sea, desde el segundo hasta el quinto año, más o me-nos). Nunca se lo dirá con voz suficientemente alta ni se lo repetirá lo bastante entre analistas. Los motivos para descuidar esta admonición son, en efecto, bien comprensibles. Uno querría obtener éxitos útiles en el plazo más breve y con el menor trabajo. Pero en el presente el conocimiento teórico sigue siendo incomparablemente más importante para todos nosotros que el éxito terapéutico, y quien desdeñe los análisis de la infancia por fuerza incurrirá en serios errores. Insistir en la importancia de las vivencias tempranas no implica subestimar el influjo de las posteriores; pero esas impresiones vitales más tardías hablan en el análisis con voz lo bastante alta por la boca del enfermo, mientras que es el médico quien debe alzar la voz para defender los títulos de la infancia (Freud 1919e, p.181; la cursiva es nuestra).

Aún hoy en día es materia de controversia el determinar qué procesos parciales del complejo acontecer deben ser considerados condiciones necesarias y cuáles condiciones suficientes. Tanto fuera como dentro de la terapia existe un recordar pobre en afectos que no conduce a cambios. Pero también existe la abreacción emocional que "se va en humo". Por lo visto, debe agregarse algo esencial al recordar y a la abreacción para que se logre un efecto terapéutico. ¿Es acaso la seguridad de que, esta vez, la vivencia traumática patógena será encarada de otra manera, mejor que en la situación traumática? ¿De qué manera llega el paciente a estar más seguro de sí mismo como para superar ahora el desamparo, al modo del soñante que al cabo de muchas repeticiones domina finalmente sus sueños angustiosos? ¿Es la presencia de un psicoanalista comprensivo, con el que el paciente se identifica, quien le suministra fuerza adicional permitiéndole lo use como yo auxiliar? ¿Es suficiente la comunicación sin palabras pero llena de comprensión? ¿Es acaso la identificación con el psicoanalista y el establecimiento de una alianza de trabajo lo que ha investido al paciente de tanta seguridad que ahora el recordar emocional sí es posible, sin que éste tenga en sí mismo una significación terapéutica propia? ¿O es que la abreacción y el recordar, antes que una condición, son más bien fenómenos acompañantes de un curso terapéutico favorable? Al querer evaluar la importancia terapéutica del insight en el proceso terapéutico, nos encontramos con esta pregunta: ¿cae éste como una fruta madura del árbol del conocimiento y hace por sí mismo efectivos los cambios? Claramente no es así, como lo señala la necesidad de la reelaboración.

Si de integración y síntesis se trata, entonces es esencial que la regresión del paciente se mueva dentro de los márgenes de lo tolerable para el yo; sólo entonces estarán dadas las condiciones favorables para la integración y la síntesis. En nuestra opinión, ya no es sostenible la afirmación de Freud de que la síntesis se da por sí sola después del análisis. Pensamos que el psicoanalista no debe perder nunca de vista la meta de crear las mejores condiciones posibles para facilitar al paciente la integración y la síntesis.

En su publicación sobre el redescubrimiento de los recuerdos infantiles, Kris (1956b) ha destacado que, en el mejor de los casos, las reconstrucciones logran una aproximación a las circunstancias reales. La idea de Kris de que las interpretaciones no tienen la meta de suscitar recuerdos, tiene importantes consecuencias técnicas. Este autor ve la tarea de la interpretación en crear las condiciones más favorables para facilitar el recordar. La facilitación se produce cuando la interpretación logra establecer una cierta semejanza entre la situación actual y la pasada. Kris distingue entre interpretaciones dinámicas, que se refieren a conflictos actuales, e interpretaciones genéticas, que aluden a impulsos arcaicos o a fantasías tempranas inconscientes. Una meta del análisis es generar un continuo que vincule las interpretaciones dinámicas con las genéticas (Fine y cols. 1971, p.13). Este tema está implícito en la interpretación transferencial y en la controversia acerca del aquí y ahora versus el allá y entonces (véase 8.4).

La significación de los elementos relevantes del acto de recordar es probablemente dependiente del estado particular de la función sintética del yo. Ya que transformación y reorganización dependen del despliegue tanto de procesos afectivos como cognitivos, y ya que éstos, a pesar de su referencia al pasado, ocurren en el presente y apuntan hacia el futuro, es obvio que, al menos después del importante estudio de Ferenczi y Rank (1924), se otorgue más peso al aquí y ahora de la experiencia emocional. Sin embargo, en comparación con la reconstrucción, aún hoy se desestima su importancia. No es posible retrotraer toda la controversia a la proposición de Alexander de crear, con fines manipulativos, una experiencia emocional correctora: hay causas más profundas. La vehemente reacción frente a la injerencia de Alexander en el desarrollo de la neurosis de transferencia no sería entendible si no estuviera comprometido aquí un problema central de la teoría y de la técnica psicoanalíticas, del que nos ocuparemos a continuación.

Recientemente, en el congreso psicoanalítico internacional de Helsinki, en 1981, se puso de manifiesto la diversidad de maneras en que se puede reflejar, en el proceso psicoanalítico, el desarrollo infantil, y cuán diferentemente pueden cursar los procesos analíticos según la teoría del analista sobre el desarrollo infantil. Los cuatro oradores principales -Segal (1982), Solnit (1982), Etchegoyen (1982) y Schafer (1982)- mencionaron tal interdependencia. Schafer extrajo consecuencias que quisiéramos utilizar particularmente en nuestra argumentación. La reconstrucción de los recuerdos no llega a ser verdadera porque el psicoanalista acepte la idea de que éstos son

independientes de su teoría, o no influenciados por su propia conducta e intervenciones, o porque se manifiesten en forma pura en la transferencia. Al contrario, sus teorías y sus acciones determinan en gran medida el proceso psicoanalítico, cuyo rasgo característico debe verse en la reconstrucción de la patogenia sobre la base de las comunicaciones verbales y no verbales del paciente en la transferencia, y por la revelación de sus recuerdos. Ya que las reconstrucciones ideográficas, es decir, las presentaciones de casos, recurren a la doctrina general de las neurosis, la plausibilidad de cada reconstrucción depende, entre otros factores, del grado de validez que puedan reclamar tales teorías generales.

En la tradición freudiana, el modelo arqueológico fue decisivo para el proceso psicoanalítico. Aunque el psicoanalista tiene que resolver problemas metodológicos más difíciles que los del arqueólogo, Freud creyó que el problema era más fácil para el psicoanálisis, desde el momento en que nosotros podemos comunicarnos en el presente con el portador, con la víctima de los daños que se originaron en el pasado. Freud estableció en muchos lugares comparaciones con la arqueología y con la investigación de la antigüedad clásica. Como ejemplo representativo, escogemos de *El malestar en la cultura* (1930a, p.70) sus afirmaciones siguientes: El supuesto de "que en la vida anímica no puede sepultarse nada de lo que una vez se formó, que todo se conserva de algún modo y puede ser traído de nuevo a la luz en circunstancias apropiadas, por ejemplo, en virtud de una regresión de suficiente alcance", representa el punto de partida para una comparación con el desarrollo de la Ciudad Eterna. Su vívida descripción del desarrollo de Roma, y su intento de figurarse "espacialmente la sucesión histórica" (p.71) le permite llegar a las peculiaridades de la vida mental:

Así llegamos a este resultado: semejante conservación de todos los estadios anteriores junto a la forma última sólo es posible en lo anímico, y no estamos en condiciones de obtener una imagen intuible de ese hecho.

Quizás hemos ido demasiado lejos en este supuesto. Quizás debimos conformarnos con aseverar que lo pasado puede persistir conservado en la vida anímica, que no necesariamente se destruirá. Es posible, desde luego, que también en lo psíquico mucho de lo antiguo -como norma o por excepción- sea eliminado o consumido a punto tal que ningún proceso sea ya capaz de restablecerlo y reanimarlo, o que la conservación, en general, dependa de ciertas condiciones favorables. Es posible, pero nada sabemos sobre ello (1930a, p.72; cursiva en el original).

Cuando se trata de encontrar nuevos caminos y de buscar otras soluciones, cobra importancia todo lo que sucede al paciente en el presente, y la reconstrucción del pasado se transforma en medio para un fin. Freud se mantuvo siempre firme en la idea de la gran semejanza, incluso identidad, entre la labor reconstructiva del arqueólogo y la del psicoanalista, "sólo

que el analista trabaja en mejores condiciones, dispone de más material auxiliar, por-que su empeño se dirige a algo todavía vivo, no a un objeto destruido" (Freud 1937d, p.261). El analista "también trabaja en condiciones más favorables que el arqueólogo", porque se puede apoyar en "las repeticiones de reacciones que provie-nen de la infancia y en todo cuanto es mostrado a través de la transferencia a raíz de tales repeticiones" (p.261). Freud creyó poder partir de que en el inconsciente todo lo esencial se conserva, "sólo que soterrado, inasequible al individuo".

Hoy en día se sabe, en relación a la fiabilidad de las reconstrucciones, que, preci-samente lo que inicialmente se consideró una ventaja, es decir, que el analista ten-ga que verse con algo vivo, crea, en realidad, considerables complicaciones. Está más allá de toda duda que la idea de cómo algo podría haber formado parte de un conjunto se origina en base a trozos que el arqueólogo tiene en la cabeza, y que la totalidad resultante es una prueba convincente de la validez de tal idea. Los trozos inanimados no tienen un papel activo, pero son adaptados para la construcción y para llenar los huecos. En contraste, para el psicoanalista es el paciente quien tiene la última palabra y las reconstrucciones no son un fin en sí mismo. "El analista da cima a una pieza de construcción y la comunica al analizado para que ejerza efecto sobre él" (Freud 1937d, p.262).

Se trata entonces de poner de acuerdo las ideas de dos personas, pero sin que la reproducción exitosa de un proceso de desarrollo mental interrumpido dé a luz alguna figura (Gestalt) antigua. Inicialmente, se descubre un contexto de sentido. Pero, ¿formaron alguna vez un todo las partes que el psicoanalista relaciona y hace encajar unas con otras a partir de las asociaciones? ¿Se conservó la idea de este todo en el inconsciente del paciente, o es que nosotros usamos estos recuerdos para hacer posibles cambios, a través de la comparación con el presente? El modelo arqueológico une la reconstrucción y la reproducción del pasado con la curación.

Frente a esta última, la analogía de Freud (1905a, p.250) de la escultura, enten-dida como modelo de la terapia, contiene otro principio, que es el del cambio crea-tivo.

Siempre sigue siendo importante conocer las regularidades de acuerdo con las que se petrificaron las formaciones mentales. Pero cuando se trata de buscar otras so-luciones y de encontrar nuevos caminos, es lo que sucede al paciente en el presente lo que se traslada al primer plano. Freud introdujo el modelo de la escultura para delimitar el psicoanálisis de la técnica sugestiva. Comparó el trabajo del pintor con el del escultor, con el fin de describir el modelo terapéutico del psicoanálisis:

La pintura, dice Leonardo, trabaja per via di porre; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede per via di levare, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. De manera en un todo semejante, la

técnica sugestiva busca operar per via di porre; no hace caso del origen, de la fuerza y de la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será lo suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena. La terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta (Freud 1905a, p.250; cursiva en el original).

Loewald (1960, p.18) interpreta esta comparación como sigue: en análisis se manifiesta la forma genuina cuando removemos las distorsiones neuróticas. De igual manera que el escultor, necesitamos, aunque rudimentariamente, una imagen de aquello que debe ser dado a luz. De hecho, el analista no sólo refleja las distorsiones transferenciales. Sus interpretaciones contienen aspectos de la realidad que el paciente comienza a captar junto con las interpretaciones transferenciales. Esta realidad le es transmitida al paciente en la medida en que las deformaciones son re-tiradas mediante el cincel, o, como lo describió Freud tan bellamente, usando una expresión de Leonardo da Vinci, per via di levare, como en la escultura, y no per via di porre, como en la pintura. Una escultura se da a luz retirando material; un cuadro tiene su origen depositando algo sobre la tela.

Al lector atento no se le habrá escapado que Loewald aplica la igualdad de Freud en el contexto de la reelaboración de la transferencia. La pregunta central se relaciona con la calidad y la fuente de lo que es nuevo. En escultura, no se encuentra ninguna forma previa en la piedra, o siquiera alguna que podríamos haber imaginado a partir de la forma final. Todo viene de la idea del escultor. La situación es distinta para Freud y el psicoanalista, quien encuentra algo al tomar contacto con el inconsciente, interviniendo en él, cambiando la forma (Gestalt) previa, es decir, la manera como ésta se muestra y se ofrece (en la "superficie", hacia afuera y hacia adentro). Las "ideas" e "imágenes" del analista, y el modo de comunicarlas, conducen a la transformación.

Medios, vías y fines

Intervención, reacción e insight

Los dos modelos de terapia (escultura y arqueología) tienen una base común en las prefiguraciones inconscientes. Se diferencian en que el psicoanalista como escultor tiene una influencia mucho mayor en la formación de la figura que la que le permite al arqueólogo su material. Ya que todas las comparaciones cojean, es necesario dejar en claro que el psicoanalista contribuye de manera genuina a transformaciones y nuevas configuraciones. Escultor y arqueólogo encuentran su afinidad en las ideas que, como prefiguraciones preconscientes, proponen al material. El margen de libertad de las ideas es en esto muy diferente: el bloque de mármol no tiene forma alguna; los fragmentos de un

jarrón roto están dados. El psicoanalista es un artista sui generis: el material que él encuentra está ya formado, pero no petrificado.

Es fascinante descubrir que en los procesos psíquicos se conservan todos los estadios previos, y no sólo la forma final. La regresión natural del dormir promueve, durante el sueño, imágenes con recuerdos de períodos hace tiempo olvidados, almacenados en la memoria de largo plazo. Los elementos aparentemente ahistóricos son aquellos que contienen fijaciones que se vuelven a contactar durante la regresión. De las fijaciones de estadios previos surgen fuertes motivaciones para la formación de síntomas y para comportamientos estereotipados. La compulsión a la repetición y la rigidez propia de las estructuras del carácter nos ofrecen descripciones que conducen a explicaciones genéticas, siempre que podamos establecer conexiones entre los estadios previos y la forma final.

El psicoanálisis se ha ocupado especialmente de la reconstrucción de las condiciones de aparición de las enfermedades, y con ello llega siempre de nuevo a la prehistoria, a la niñez temprana. El "fantasear retrospectivo" (Zurückphantasieren) y el problema de la acción de lo posterior sobre lo previo (Nachträglichkeit) sigue siendo el problema terapéutico y científico más espinoso del psicoanálisis (Freud 1918b, p.94; Mahony 1984; véase también el cap. 9).

### 8.3.3 Intervención, reacción e "insight"

El restablecimiento de "conexiones rotas" (A. Freud 1936) es la meta fundamental del psicoanálisis, y las interpretaciones del analista facilitan la síntesis. Por esta razón, la técnica psicoanalítica clásica se caracteriza por la interpretación como su medio esencial. Sea que el analista haga algo o no lo haga, explique al paciente una regla o permanezca en silencio, emita un "hm" lleno de sentido u otro que no diga nada, o interprete, también la mera presencia del analista produce efectos, aun cuando éste actúe de manera totalmente discreta. Es útil entender como intervenciones todo aquello que el analista aporta al proceso, especialmente al fomento del insight. Entre los diferentes tipos de intervenciones, las interpretaciones ocupan una posición cualitativamente prominente y tienen en la técnica psicoanalítica un lugar distinguido. En esto, compartimos el entusiasmo de un paciente que una vez nos dijo: "Si se pueden establecer tales conexiones, espero entonces algún día poder decir: 'Okay, adiós, estoy sano'".

¿Qué constituye una interpretación? ¿Por qué un analista interviene en un momento preciso? ¿Cómo evaluamos el efecto de nuestras interpretaciones? Si pensamos que una interpretación ha sido efectiva, ¿cómo lo fue? Estas preguntas dejan claro que no llegaremos muy lejos en el examen de las interpretaciones y de otras intervenciones sin considerar las reacciones del paciente, lo que nos introduce al tema del insight. ¿Cómo podemos distinguir el

insight de otras reacciones? ¿Podemos clasificar tipos de reacciones? ¿Qué es el insight y qué papel juega en el proceso terapéutico (Fine y Waldhorn 1975, p.24)? Tales preguntas no pueden ser evitadas cuando se trata del examen de las interpretaciones (Thomä y Houben 1967; Thomä 1967b). Para orientarnos mejor, nos referiremos primero, en general, a las variaciones técnicas tales como interpretaciones de transferencia y de resistencia, interpretaciones profundas, etc. (Loch 1965b). Freud distinguió entre la interpretación de partes aisladas del material de un paciente, por ejemplo, un acto fallido o un sueño, y la reconstrucción de un acontecimiento importante en el pasado del paciente, proponiendo para la última el nombre de "construcción" (Freud 1937d).

De paso, quisiéramos mencionar la división de las interpretaciones en "preparación" (Loewenstein 1951), "confrontación" (Devereux 1951) y "clarificación", en el sentido de Bibring (1954). Mientras más completo es el protocolo de una sesión, más fácil es reconocer qué tipos de interpretación favorece un analista en un caso particular, o en general.

Las transcripciones de sesiones grabadas permiten estudios detallados por investigadores independientes.

Ya que a la interpretación transferencial se le asigna, correctamente, la mayor eficacia terapéutica, y ya que esto, por otro lado, suscita problemas especiales, discutiremos este tema en detalle en la sección 8.4.

En las interpretaciones del analista es posible distinguir diferentes aspectos. A través de ellas, el analista agrega un contexto preconsciente o inconsciente a las ocurrencias del paciente. En este punto, es procedente distinguir distintos tipos de problemas: ¿Cómo se origina una interpretación? ¿Cómo funciona? ¿Cómo se puede reconocer su exactitud? De la combinación de ocurrencias e interpretación, es posible extraer consecuencias sobre la exactitud de la interpretación, esto es, sobre la conexión entre la idea del analista, la formulación, el objetivo y el efecto, de la interpretación. Ahora nos encontramos en un nivel accesible para todos, desde donde es posible sacar conclusiones sobre inexactitudes. Así, indirectamente, se descubre algo sobre el origen de la interpretación, y se puede asumir que, de esta manera indirecta, se puede aprender algo, en especial sobre los conflictivos procesos de génesis (por ejemplo, causados por una intensa contratransferencia). El saber como se origina una interpretación individual -sea predominantemente a través de la intuición preconsciente o inconsciente, es decir, desde abajo, o por deducción teórica, esto es, desde arriba-, no da ningún indicio sobre su exactitud.

Ya que las interpretaciones constituyen la herramienta de intervención más importante del analista, es decisivo saber la respuesta que éstas evocan en el paciente. Isaacs (1939, pp.153-154) resumió las reacciones del paciente frente a las interpretaciones como criterios para su exactitud y efectividad. Su catálogo ofrece una buena base de orientación:

1. El paciente puede comunicar verbalmente su asentimiento [...].



2. El paciente puede seguir elaborando conscientemente imágenes y su significado, con cooperación consciente y con una afectividad apropiada.
3. El paciente puede ofrecer más asociaciones que, desde su naturaleza específica, confirmen nuestro punto de vista [...].
4. Puede darse un cambio en las asociaciones o en la actitud [del paciente]. Puede darse un rechazo consciente, en tales términos, que éste contenga en realidad una confirmación, por ejemplo, en el caso en que aparezca culpa o gran angustia, que sólo podría haberse originado si nuestra interpretación fue la correcta.
5. El paciente puede, en los días siguientes, traer un sueño que contenga y a la vez elabore más allá, haciéndola con ello mucho más clara, la fantasía inconsciente o la intención que había sido interpretada. No sólo eso, sino que también puede traer, inmediatamente después de nuestra interpretación, un sueño que hasta ese momento no nos había contado [...].
6. Como resultado de la interpretación de deseos inconscientes actuales, pueden emerger recuerdos de experiencias pasadas reales que se conecten con los deseos actuales y que hagan inteligibles a ambos.
7. El paciente puede ahora admitir, o traer espontáneamente, inferencias a situaciones externas que antes había rechazado.
8. Una de las confirmaciones más importantes para la exactitud de nuestras interpretaciones específicas es la disminución de la angustia, lo que puede manifestarse de distintas maneras; por ejemplo, a través de signos corporales como el relajamiento de músculos rígidos, el apaciguamiento de movimientos estereotipados, o el cambio en el tono de la voz [...].
9. La resolución de la angustia también se nota en las asociaciones del paciente, que pueden mostrar que la situación total de la fantasía inconsciente ha cambiado, con la emergencia de nuevo material como resultado de la correcta interpretación [...].
10. Estos cambios en la intensidad y en la dirección de la angustia tienen su mayor significación en la situación transferencial. En realidad, es lo que pase en la situación transferencial lo que nos suministrará la prueba más penetrante de la corrección de nuestra interpretación. Una interpretación válida puede cambiar la imagen de un analista, desde una figura peligrosa a otra que está dispuesta a prestar ayuda [...]. Si la interpretación ha sido verdadera y adecuada, las fantasías se desplegarán con mayor riqueza y los recuerdos se agitarán más libremente [...].

Aunque estos criterios aportan indicios acerca de la exactitud de las interpretaciones, no pueden tomarse como pruebas (Thomä y Houben 1967). De acuerdo con Isaacs (1939), para las interpretaciones cuyo objeto es la reconstrucción de sentimientos y acciones tempranos, rigen, además, las siguientes reglas clínicas:

La confirmación de tales inferencias se da de varias maneras:

- a) Como resultado de nuestras interpretaciones emergen nuevos recuerdos, no contados aún por el paciente, u olvidados por él hace ya largo tiempo;
- b) tales recuerdos pueden corroborar directamente lo que ha sido inferido, o pueden ofrecer un nuevo ejemplo del mismo tipo, o relacionarse con nuestras inferencias a través de la historia de vida o psicológicamente;
- c) puede emerger material asociativo nuevo que haga inteligible el olvido de esta u otra experiencia, así como actitudes actuales;
- d) se puede lograr corroboración a través de fuentes externas, como amigos y co-nocidos. Tales corroboraciones externas no son necesarias para el trabajo analítico mismo, pero son útiles desde un punto de vista científico, como pruebas adicionales e independientes.

El problema de la confirmación de la exactitud de la interpretación en función de la reacción del paciente, se refiere a su contenido semántico. Sin embargo, en el trabajo analítico, las palabras tienen también un valor concreto, más allá de su contenido explícito. Hace más de 30 años, Luisa Alvarez de Toledo hizo notar que:

Profundamente, por debajo del nivel consciente, la actividad verbal tiene el valor de actos concretos, orales, anales, fálicos y genitales, que el analizado realiza sobre el analista, o sobre sus propias palabras, o las del analista, palabras que en este nivel tienen el valor de objetos concretos. En esta situación, las palabras, en vez de ser vínculo de conexión con el analista como objeto, pasan a ser objeto en sí, que el analizado expulsa o incorpora, superponiendo a la figura del analista sus objetos internos, y las palabras son como objetos intermediarios que unen y se-paran al mismo tiempo (1956, pp.503-504).

Es posible objetar que esta afirmación es válida sólo en el caso de pacientes muy perturbados. Sin embargo, aunque eso sea cierto, la verdad es que si aceptamos la polisemia de las palabras y de las proposiciones, a menudo es difícil determinar, dentro de los múltiples significados posibles de lo que decimos, qué significado ha sido escogido y entendido por el analizado. De más está decir que esto último complica aún más el problema de la verificación de la interpretación. Al respecto, Baranger y cols. (1983) agregan:

Cada interpretación, en quien la pronuncia y en quien la escucha, es necesariamente polisémica. Sería un error craso (cometido frecuentemente) pensar que la precisión de la interpretación, una precisión fundamental para cualquier enunciado científico [...], nos permite evitar las confusiones implícitas en la polisemia de los enunciados (Baranger y cols, 1983, p.7).

Nuestros comentarios introductorios sobre los medios inespecíficos y específicos contenían las razones para atribuir a la interpretación una posición especial en la técnica psicoanalítica. Por otro lado, vemos la interpretación en

acción recíproca con el trasfondo inespecífico, que en determinados momentos terapéuticos puede moverse al primer plano y tener una efectividad especial. De estas consideraciones surge nuestra distancia crítica frente al purismo interpretativo de Eissler. Eissler (1953) introdujo el "modelo técnico básico" (basic model technique), con la intención de poner de relieve, de entre la multitud de variables que caracterizan o condicionan el proceso analítico y la cura, la variable psicoanalítica decisiva y originaria. Hacemos nuestra esta declaración, pues nos contamos entre los analistas que creen que la "interpretación es la intervención más poderosa y con más consecuencias a nuestra disposición" (Eissler 1958, p.222).

Eissler va más allá. En su opinión, la técnica psicoanalítica clásica es una terapia "en la que las interpretaciones representan la herramienta exclusiva, directriz o prevalente" (Eissler 1958, p.223; la cursiva es nuestra). En forma pura, esta técnica no existe en ninguna parte: "ningún paciente ha sido analizado alguna vez con una técnica que haya usado solamente interpretaciones" (1958, p.223). Todo análisis se mueve siempre junto (para) a la medida (metro) originaria: la interpretación. Con esto, Eissler introdujo el concepto de parámetro desde las matemáticas, donde el término es empleado para describir valores en ecuaciones que, o permanecen desconocidos, o son dejados constantes y aparecen junto a las verdaderas variables. Luego, todo aquello que se encuentra junto a la interpretación como la variable psicoanalítica verdadera, es un parámetro.

Según Eissler (1953, pp.110-113), las condiciones del modelo técnico básico sólo se cumplen si el parámetro satisface cuatro criterios:

- 1) Se debe introducir un parámetro sólo cuando se ha probado que el modelo técnico básico no es suficiente;
- 2) nunca el parámetro puede ir más allá del mínimo inevitable;
- 3) un parámetro se debe usar sólo si finalmente conduce a su autoeliminación; es decir, la fase final del tratamiento debe transcurrir en ausencia de parámetros [...].
- [4)] El efecto del parámetro en la transferencia nunca debe ser tal que no pueda ser abolido por medio de la interpretación (1953, pp.111, 113).

En el mismo estudio, Eissler hace referencia a otros dos parámetros que podrían ser esenciales en la terapia de esquizofrénicos o de neuróticos graves; éstos son la construcción de metas (goal construction) y la reducción de los síntomas. Estos parámetros no satisfacen los cuatro criterios citados. En su aplicación, el analista abandona, sin vuelta, el modelo técnico básico. Tomado estrictamente, las interpretaciones contienen también un aspecto finalista, es decir una construcción de meta, de lo que se sigue, que la técnica purista es en realidad impura. Eissler mostró las características de lo que él llama un parámetro en referencia a las desviaciones del modelo técnico básico que Freud debió realizar en consideración a la estructura de personalidad y a los

síntomas de un paciente (el hombre de los lobos). El primero de los criterios mencionados, lo ilustró por medio de las intervenciones activas de Freud en la terapia de pacientes fóbicos.

El hecho de que, en la historia del psicoanálisis, el modelo técnico básico haya causado más problemas que los que resolvió, se debe a que no se puso la atención sobre el contexto. La perspectiva restrictiva que surge de esta técnica determinó que desde entonces se mirara la práctica como ella debiera ser. Ya que, como el mismo Eissler (1958, p.226) lo admitió, aún no se había escrito una exposición sistemática de la hermenéutica psicoanalítica, con el modelo técnico básico se deslizó en las manos del analista una herramienta de uso exclusivo, que tiene que ensuciarse por el uso, y cuya tecnología hermenéutica sólo puede ser sistemáticamente adquirida después que la función terapéutica pasa a ocupar el lugar central. El purismo interpretativo puede impedir la génesis de una atmósfera terapéutica favorable: al insight le faltará la profundidad afectiva.

El concepto de insight es, por un lado, central en la teoría psicoanalítica: ésta reclama para sí, la capacidad, en contraste con otras formas de terapia, de lograr cambios por medio del insight. La interpretación, como medio terapéutico fundamental, se orienta a la capacidad del paciente de alcanzar cambios en sus trastornos mediante el insight. Por otro lado, al insight se ha contrapuesto, de manera creciente en los últimos años, la acción curativa de la relación terapéutica. Las reservas frente al papel rector del insight vienen de dos campos diferentes: en la escuela de Kohut existe cierto escepticismo frente al concepto de insight, pues éste está inseparablemente unido con la teoría del conflicto psíquico, y los factores curativos de la teoría de la psicología del sí mismo vinculan decisivamente la curación con la interiorización de la comprensión empática del psicoanalista. La otra reserva proviene de la subordinación del concepto de insight a la psicología unipersonal, en cuya evaluación crítica el insight también es desplazado por la acentuación del efecto terapéutico de la relación (Appelbaum 1975, 1976; Eagle 1984). Esto sucede en virtud del hecho de que la acción curativa del descubrimiento de un nuevo objeto se hace depender de la interiorización de las funciones del analista, o del aprendizaje en el marco de una nueva relación (Loewald 1960; Thomä 1981).

Entre la gran cantidad de autores que continúan creyendo firmemente en la significación del insight, hay grandes controversias sobre cuestiones substanciales que han hecho hasta el momento imposible llegar a una definición unitaria de este concepto. La definición del Glossary of Psychoanalytic Terms (glosario norteamericano de términos psicoanalíticos) deja a muchos insatisfechos: se llama insight a "la experiencia subjetiva, o al conocimiento adquirido durante el psicoanálisis, del contenido patógeno y del conflicto previamente inconscientes" (citado por Blacker 1981, p.659).

Si examinamos las distintas definiciones del concepto de insight, implícitas o explícitas, contenidas en la vasta literatura sobre el tema, es notorio que éstas están influidas por lo menos por tres puntos de vista diferentes:

1. Para Freud, el insight se vincula con el descubrimiento de la realidad incons-ciente (véase Bush 1978). Aquí el insight prueba ser la capacidad de explicar el comportamiento actual en base a acontecimientos tempranos, como lo exponen S. Fisher y Greenberg (1977, p.350). El insight se refiere a conflictos patóge-nos inconscientes de la niñez y a sus derivaciones y consecuencias posteriores (Blum 1979, p.44). Si el insight es definido en esta forma, sea en el campo te-rapéutico o con fines de investigación, entonces debe probarse, separadamente, que el conocimiento de los procesos inconscientes se vincula realmente con un efecto curativo.

2. En muchos de los ejemplos que ofrecen los distintos autores, el devenir cons-ciente de lo previamente inconsciente es entendido en diferentes sentidos. Fre-cuentemente, devenir consciente se entiende como dar nuevos significados a los contenidos psíquicos. En este contexto, Blum (1979) cita la definición de in-sight del diccionario Webster: penetrar en, o comprender, la naturaleza interna de las cosas. Noy (1978) destaca la conexión entre insight y creatividad.

3. El hecho de que el insight terapéutico y el cambio terapéutico deseado sean dos cosas que a menudo no van de la mano, algo de lo que ya Freud se quejó, ha conducido al intento de restringir el concepto de insight a su vinculación con el cambio terapéutico. Cada cambio, empero, debe ser probado en conductas o acciones concretas. En este planteamiento el concepto de insight se une estre-chamente con la conducta y las acciones.

La intensa discusión en torno al fenómeno de los pseudoinights ha reforzado la tendencia de los analistas de no considerar como prototipo de insight aquellos mo-mentos en que una experiencia "¡ahá!" del paciente resuelve problemas impor-tantes. El trabajo de Kris (1956a), que describió el insight en el marco de una "buena hora" y lo concibió como un proceso, es pionero en este sentido. En esa publicación, Kris corrigió una dirección que había sido señalada por el trabajo de Freud Recordar, repetir y reelaborar (1914g):

Freud pensaba que el insight es el acto cognitivo decisivo y que la reelaboración es subsecuente a él, mientras que para Kris, insight y reelaboración están íntimamente conectados y son parte del proceso terapéutico desde el comienzo mismo.

El estudio de Kris subraya también la tendencia a unir el insight, no sólo con el contenido, sino también con el acceso que el paciente tiene a sus pensamientos. Mientras Strachey (1934) determinó decididamente cómo debe ver el paciente al analista para que una interpretación tenga el carácter de mutativa, autores como Reid y Finesinger (1952), Richfield (1954), Kris (1956a) o Hatcher (1973), describen minuciosamente el acceso que los pacientes tienen a sus pensamientos durante las fases de insight. Es importante aclarar que en la contraposición entre insight y acceso del paciente a sus pensamientos, se trata de fenómenos distintos, aunque mutuamente relacionados. La palabra insight

alude a que un contenido mental es visto y entendido de manera diferente. El momento del cambio interno en un paciente no puede ser observado por el analista; sólo puede ser indirectamente deducido. Cuando se hace referencia a un cambio en el acceso, sería mejor hablar de un "inteligir" (Einsehen) que de "intelección" (Einsicht).<sup>1</sup> Esta distinción, entre la acción y su substantivación, podría probablemente solucionar la antigua controversia de si acaso el insight es el motor o el resultado del proceso terapéutico. Un "cambio", visto como un acontecimiento puntual, se refiere a un resultado, mientras que "inteligir" y "cambiar" caracterizan un proceso.

La discusión sobre los pseudoinights condujo rápidamente a corregir la idea de que el cambio se logra sólo por medio de cogniciones. Fenichel (1941) se ciñó a la polaridad entre sentir y pensar. En casi todos los autores que se han ocupado del concepto de insight se encuentra la afirmación de que éste, o el inteligir (Einsehen), se halla entre el polo emocional y el intelectual. Las diferencias residen en la descripción de ambos polos: Reid y Finesinger (1952) los caracterizan como emociones y cogniciones, Richfield (1954) describe, en cambio, dos formas distintas de conocimiento. Valenstein (1962) se refiere, a propósito de la emocionalidad, a la palabra alemana Erlebnis, en castellano "vivencia". Finalmente, Hatcher (1973) distingue la autoobservación vívida (experiencing) de una forma más reflexiva.

Medios, vías y fines

Nuevo comienzo y regresión

El proceso de insight es descrito en conexión con un acto de integración, que contiene el potencial para nuevas soluciones y, así, para el cambio y la creatividad. Los caminos de integración pueden ser concebidos de diferentes maneras. Para Kris (1956a) y también para Reid y Finesinger (1952), lo que se integra son contenidos psíquicos determinados. Estos procesos constituyen para Kris la función integradora del yo, cuya relación con la función sintética de Nunberg (1930) discute. También Myerson (1965) considera la reintegración en el contexto de la función sintética del yo. Autores como Pressman (1969) y Valenstein (1962) prefieren hablar de un acceso específico, esto es, integral, a los contenidos de pensamiento. A primera vista, la diferencia aparece como enorme. Sin embargo, ella acentúa distintas posibilidades de concebir la integración: se puede entender la integración como la reunión de entidades psíquicas, pero también como una actividad

---

<sup>1</sup> El significado literal de Einsehen es "ver hacia el interior", equivalente a la etimología de "inteligir" (intus-legere: leer el interior); Einsicht, término que corresponde exactamente a la traducción inglesa insight y que ha sido adoptado por la jerga técnica castellana, es la forma substantivada "visión hacia el interior", cuyo equivalente castellano es "intelección". Hemos optado por la palabra insight, porque la práctica especializada la ha consagrado (nota de J.P. Jiménez).

que unifica un determinado contenido psíquico, hasta el momento escindido en aspectos aislados, bajo un punto de vista más amplio. Scharfman (véase Blacker 1981) pone el énfasis en la función integrante: el insight en el proceso psico-analítico es "la acción de tender puentes entre diferentes niveles mentales".

Si el insight se entiende como una actividad psíquica de integración, se hace posible explicar los puntos de intersección entre el concepto psicoanalítico de insight y los distintos hallazgos experimentales sobre el logro de insight. Encontramos actividades integradoras, por ejemplo, en la unificación de entidades psíquicas distintas bajo un punto de vista más amplio, en los diferentes campos de actividad mental. Las peculiaridades de la actividad integradora en el proceso analítico del insight se encuentran en el hecho de que los diversos niveles psíquicos, en el sentido de Scharfman, se hallan en una relación de oposición mutua. La integración de niveles opuestos de pensamiento es un logro psíquico especial que presupone el dominio del estado de tensión. La integración de las formas "vivenciales" o intelectuales de acceso a los propios procesos internos, tópico prominente en la literatura psicoanalítica sobre insight, se diferencia de los experimentos de insight de la psicología cognitiva, en que, en la primera, el acceso "vivencial" y el intelectual están en relación de oposición mutua, y, con ello, se conciben como capaces de producir conflictos.

#### 8.3.4 Nuevo comienzo y regresión

En su libro *The basic fault: Therapeutic aspects of regression* (1968; "la falla básica: aspectos terapéuticos de la regresión"), Balint relaciona su teoría del origen de las enfermedades psíquicas y psicosomáticas con el concepto técnico del "nuevo comienzo". Nuevo comienzo y falla básica son dos lados de una misma moneda: "nuevo comienzo" es un concepto terapéutico y "falla básica" un concepto explicativo. Balint considera la falla básica como condición necesaria para toda enfermedad psíquica o psicosomática severa. El nuevo comienzo se refiere, en último término, a todos aquellos procesos que se pueden observar en la eliminación o inactivación de las condiciones que causan la enfermedad, es decir, en la resolución de la falla básica. Falla básica y nuevo comienzo implican una teoría del origen y tratamiento de las enfermedades psíquicas (Thomä 1984).

La falla básica pertenece al terreno de la relación madre-hijo temprana. Los conflictos intrapsíquicos que se vinculan con la relación edípica tripersonal no aparecen en el niño pequeño. Balint describe la falla básica como un defecto en la estructura, específicamente, en el sentido de una carencia (Balint 1968, pp.21-22). A partir de la teoría de la falla básica se explican las neurosis, los problemas de carácter, y quizás también las psicosis y las enfermedades psicosomáticas, como síntomas con igual etiología. Ya que todo ser humano

experimenta esta carencia temprana y básica, ésta puede ser vista como una condición necesaria para todas las enfermedades.

La hipótesis de la carencia se encuentra en muchas teorías psicoanalíticas. Las afinidades entre estas teorías residen en que todas trasladan el origen de la carencia a la fase de desarrollo preedípico temprano. Si el tratamiento psicoanalítico se restringe a la interpretación de los conflictos intrapsíquicos, entonces es inaplicable allí donde tales conflictos no pueden estar presentes. Así se aclara por qué la comprensión empática preverbal y el experimentar silencioso se consideran especialmente importantes en el tratamiento de los estados carenciales. El recordar y el insight mediante la interpretación le ceden el primer lugar al experimentar. El balance entre insight y experiencia emocional -los dos componentes principales del proceso terapéutico- se desplaza en favor de esta última.

De acuerdo con Balint, el nuevo comienzo se logra por medio de la regresión en la situación analítica. Pero, tampoco la regresión es un proceso que ocurra naturalmente y por sí solo en el paciente (Loch 1963).

Balint nos recuerda que

la regresión no es sólo un fenómeno intrapsíquico, sino también interpersonal; para su utilidad terapéutica, su aspecto interpersonal es decisivo. Con el objeto de entender toda la significación de la regresión y para tratarla en la situación analítica, es importante no perder de vista que la forma en que se expresa la regresión depende sólo en parte del paciente, de su personalidad y de su enfermedad, y en parte del objeto; en consecuencia, ésta debe ser considerada como un síntoma de la interacción entre el paciente y su analista. Esta interacción tiene, al menos, tres aspectos: a) el modo en que la regresión es reconocida por el objeto, b) cómo ésta es aceptada por el objeto, y c) la manera como el objeto responde a ella (Balint 1968, 147-148).

Corresponde ahora discutir la relación entre el nuevo comienzo y aquellos estados regresivos que conducen más atrás de los traumatismos, y que Balint describió en el marco de la psicología de la relación de objeto. Para él, estos estados son inaccessibles a las asociaciones e interpretaciones. En su opinión, el medio terapéutico adicional más importante

es ayudar al paciente a desarrollar una relación de objeto primitiva en la situación analítica que corresponda a su patrón compulsivo, y a mantenerla en una paz no perturbada hasta que el paciente pueda descubrir la posibilidad de nuevas formas de relación de objeto, las convierta en vivencias y experimente con ellas. Ya que la falla básica, mientras está activa, determina las formas de relación de objeto disponibles para el individuo, una tarea necesaria del tratamiento es inactivar la falla básica, creando condiciones en la que ésta se vaya curando. Para lograr esto, debe permitirse que el paciente regrese al



escenario, es decir, a la forma particular de relación de objeto que causó el estado deficitario original, o, incluso, a algún estado anterior (1968, p.166).

Este estado deficitario "no puede ser 'analizado' hasta su desaparición total", que-dará para siempre como cicatriz (1968, p.180). Evidentemente, la descripción de la actitud que debe asumir el analista para poder compensar el estado carencial, de-pende de la comprensión teórica de las crisis que preceden o acompañan a la falla básica.

Las vívidas imágenes de Balint de impregnación, entrecruzamiento y armonía fe-tal, le permiten postular el anhelo inconsciente de recuperar la unidad. En relación a la exactitud de su teoría, Balint agrega:

Si mi teoría es correcta, en todo tratamiento analítico en que se permite regresar más allá de cierto punto, debemos esperar atravesar por los siguientes tres tipos de relación de objeto: el entreveramiento armonioso más primitivo, el adherirse ocnofílico a los objetos y la preferencia filobática por la amplitud sin objeto (1968, pp.71-72).

Estos fenómenos no son en sí discutibles. Con seguridad, son pocos los seres humanos a los que les es ajeno el sentimiento de ser parte del mundo, el placer en la adhesión a los objetos y la alegría en la profundidad del espacio. El mismo Ba-lint (1959), en Thrills and Regressions ("estremecimientos emotivos y regresio-nes"), menciona muchos ejemplos impresionantes de vivencias "ocnofílicas" y "fi-lobáticas" de la vida cotidiana. "Filobatismo" y "ocnofilia" sirven como polos de una tipología en que predominan las formas mixtas. Del mismo modo que con el nuevo comienzo, aquí nos encontramos con proble-mas que resultan del intento de Balint, no sólo de describir ciertos fenómenos, sino también de explicarlos a la luz de su teoría psicoanalítica de relación de ob-jeto y de ordenarlos según su cronología. El concepto omnímodo de regresión vin-cula la psicología de relación de objeto, tanto con la teoría onírica como con el yacer en el diván, que, al menos, invita a la regresión, como también con la aso-ciación libre, que podría ser clasificada como un acto regresivo. De acuerdo con la teoría de Balint, cuyas contradicciones no le pasaron inadvertidas (1968, p.129), puede producirse un nuevo comienzo sólo si se desarrolla una relación de objeto primitiva y averbal entre el analista y el paciente profundamente regresado. Desde un punto de vista cronológico y fenomenológico, Balint distingue 3 relaciones de objeto primitivas:

a) la más primitiva, que yo llamo amor primario, o relación primaria, una suerte de mezcla armónica y penetración mutua entre el individuo en desarrollo y sus sustancias y objeto primarios; b) y c) ocnofilia y filobatismo, donde una es como la contrapartida del otro; ambos presuponen el descubrimiento previo de objetos parciales relativamente estables o de objetos

totales. Para el individuo predominantemente ocnofílico, la vida sólo es segura en la estrecha cercanía a los objetos, mientras que los períodos o espacios intervinientes entre los objetos son sentidos como horribles y peligrosos [...]. En contraste, el individuo predominantemente filobático experimenta los objetos como no dignos de confianza y azarosos, se inclina a prescindir de ellos, y busca la amplitud afable, separando los traicioneros objetos en el tiempo y en el espacio (1968, p.165).

Aunque el nuevo comienzo en el "aquí y ahora" tiene lugar en una relación de objeto favorable, que, en principio, no puede derivarse del "allá y entonces", todavía sigue siendo entendido como regresión a una fase pretraumática de desarrollo temprano. El problema no resuelto de la relación entre reconstrucción y cambio terapéutico se hace inmediatamente evidente si centramos la atención en uno de los criterios fundamentales que Balint presenta para el nuevo comienzo: un nuevo comienzo ocurre siempre en la transferencia, es decir, en el interior de una relación de objeto, y lleva a una transformación de la relación del paciente con sus objetos de amor y de odio y, como consecuencia de ello, a una disminución considerable de la angustia. Aquí, la transferencia no es entendida en el sentido estrecho de repetición, sino, al contrario, como la forma de relación amplia con nuevos elementos fundamentales.

En el nuevo comienzo, las experiencias innovativas están más allá de la compulsión a la repetición y no se explican a través del recurso teórico a la armonía pretraumática, anterior a la aparición de la falla básica. Al atribuir a la "relación de objeto" más temprana un papel terapéutico especial en el nuevo comienzo de pacientes que sufren carencias básicas, Balint descuidó el elemento contingente y creativo en la situación terapéutica. Cuando se lo entiende como un acontecimiento en el "aquí y ahora" que es posible gracias al analista, el concepto del nuevo comienzo recibe su significación más amplia en la teoría de la terapia.

Para el logro de este objetivo, son fundamentales ambas herramientas técnicas (interpretación y relación de objeto), presumiblemente en dosis diferentes y en conexión con otros factores curativos. La división de la psicopatología en dos clases, con la falla básica como condición de todas las enfermedades, no es satisfactoria. Por supuesto que es posible proyectar todo nuestro potencial creativo, y cada nuevo comienzo, al momento originario y, finalmente, encontrar en él, en retrospectiva utópica, nuestro verdadero yo ("sí mismo"). Al trasladar a los inicios de la vida la fase creativa originaria, Balint sucumbió a sus propios prejuicios teóricos y localizó allí el nuevo comienzo. Nosotros, en cambio, concebimos el nuevo comienzo como un proceso creativo que se vincula con muchos actos psíquicos y acciones probatorias, y cuya realización debe ser ensayada repetidamente (Rothenberg 1984).

Con esta concepción, tratamos de relacionar la visión de la regresión de la psicología del yo y la de la teoría de las relaciones objetales. Si las regresiones no

están al servicio del yo (Kris 1936), existe entonces un gran peligro de que degeneren en una dirección maligna. Esto fue señalado explícitamente por Alexander (1956). La regresión por sí sola no engendra obras de arte ni curaciones; si no fuera así, habrían muchos más artistas que enfermos mentales. En este sentido, Baranger y cols. (1983, p.6) señalan que "en ciertas corrientes analíticas, existe la idea de que la regresión, en sí misma, es el factor terapéutico esencial". De acuerdo con esto, la situación analítica, en el estado de regresión, haría posible la emergencia y la posibilidad de volver a experimentar las fases más remotas del desarrollo, entiéndanse éstas como simbiosis inicial, como trauma del nacimiento, como posición esquizo-paranoide o "núcleos psicóticos", etc. Baranger y cols. afirman que "es inútil revivir un trauma si es que esto no se complementa con la re-elaboración, si el trauma no es reintegrado en el curso de una historia o si las situaciones traumáticas iniciales de la vida del sujeto no son diferenciadas del mito histórico de sus orígenes" (1983, p.6; la cursiva es nuestra; véase también Baranger y cols. 1988). De este modo, el peligro de la regresión maligna será mayor, mientras menos conciencia tenga el analista de la relación, en un caso particular, entre la tendencia a la regresión y la posibilidad de reelaboración.

Medios, vías y fines

Interpretación transferencial y realidad

La polarización entre interpretación y relación de objeto conduce así a otra división, presente en todas las polémicas de los últimos 30 años en psicoanálisis: la polarización entre el nivel edípico o genital y el preedípico o pregenital que, en terminología kleiniana (Bion 1957), muy difundida en el psicoanálisis latino-americano, corresponde a la separación entre las llamadas parte neurótica y parte psicótica de la personalidad. La discusión se da, finalmente, en torno a la cuestión de si la llamada parte psicótica, es decir, la más primitiva, es analizable, o no lo es, esto es, si es accesible o no a la interpretación. Quizás la discusión sea más bien teórica, pues, en la práctica, ningún analista realmente niega la importancia de la relación de objeto, como tampoco ninguno plantea que la interpretación es, por principio, una herramienta técnica que no debe usarse en pacientes muy regresivos o francamente psicóticos. La estrecha relación entre interpretación y relación de objeto ha sido descrita por Infante (1968) en una feliz formulación: "la interpretación es una función en el sentido matemático del término, es decir, su valor depende de otra variable", variable que no es otra que, precisamente, la "relación analítica". Infante entiende por tal "el vínculo que se establece entre analista y analizando, que incluye fenómenos de transferencia y contratransferencia, pero también características reales de los participantes, y una relación de objeto de tipo muy primitivo" (p.767).

#### 8.4 Interpretación transferencial y realidad

Desde las publicaciones de Strachey (1934, 1937), la interpretación transferencial ha sido considerada el instrumento "mutativo" por excelencia. Ya que el efecto mutativo de la interpretación transferencial, esto es, el cambio, está unido al inter-cambio entre paciente y analista, la innovación de Strachey se transformó en el modelo de todo proceso de intercambio terapéutico efectivo, y de las relaciones de objeto y su repercusión sobre estructuras intrapsíquicas.

Según Strachey, en la "interpretación mutativa" se produce una sustitución de contenidos superyoicos, como consecuencia de la cual los puntos de vista que el analista comunica por medio de sus interpretaciones son interiorizados por el paciente como aspectos nuevos y menos estrictos del superyó. Ya que las identificaciones juegan un papel tan importante en la terapia, discutiremos luego en detalle su significación. Strachey describe un tipo de interpretación que cambia la vivencia y la conducta del paciente. El paciente logra nuevas identificaciones porque el analista asume las funciones de un superyó auxiliar. El concepto de interpretación mutativa dirige la atención a los procesos de intercambio y, así, llegó a ser el modelo de una comprensión interaccional de la terapia. Klauber (1972a) y Rosenfeld (1972), de manera independiente, evaluaron la contribución pionera de Strachey. Ambos autores acentúan la influencia perdurable de la innovación de Strachey en la técnica analítica. Desde entonces, los contenidos de la interpretación mutativa se han ampliado considerablemente. Strachey supuso que lo que el paciente proyecta en el analista son, sobre todo, partes componentes del superyó. En la teoría de la identificación proyectiva e introyectiva, no se trata ya de aspectos del superyó, sino de partes buenas y malas del sí mismo. Con ello, Rosenfeld (1972) suplió la substancia de la interpretación mutativa de Strachey por los contenidos interpretativos de la escuela kleiniana.

En el nivel de la relación, el analista no funciona solamente como superyó auxiliar, cuya introyección gradual, a través de interpretaciones mutativas, representa para Strachey el factor curativo. De acuerdo con la terminología de la teoría estructural, el psicoanalista puede ser calificado como yo auxiliar. En esta función, éste ayuda al paciente a lograr nuevos insights y, con ello, a interrumpir la compulsión neurótica a la repetición. Aunque el analista contribuye a una disipación inmediata de la angustia, sería falso igualar la función de yo auxiliar al apoyo directo a pacientes con un yo débil. Strachey se limitó a describir la introyección del analista en el superyó del paciente; hoy día, empero, nos movemos hacia una psicología bi y tripersonal como consecuencia del desarrollo de las psicologías psicoanalíticas de relaciones objetales, que asignan a la identificación del paciente con el analista una función central. Mientras que por aquel entonces, en el trabajo con pacientes con patología neurótica superyoica, era posible dar por sentado el desarrollo espontáneo de una relación fiable, porque las partes sanas de la personalidad del paciente, a pesar de la resistencia y de la represión, podrían formar una alianza con la tarea analítica, con muchos pacientes actuales ya no se puede

seguir esperando lo mismo. Habla por sí mismo el que Kohut (1977) atribuya al analista la función de "objeto-sí mismo". En esto se trata de un proceso de intercambio, en el sentido de una identificación primaria, que establece una cierta afinidad como base de reciprocidad y mutualidad.

Consideramos como pionero el descubrimiento de la disposición del paciente de aventurarse en una relación terapéutica con el psicoanalista, de llevar a cabo, hasta cierto punto, una empresa en común y, en esa medida, de identificarse con él. Strachey manifestó su asombro

[...] por la proporción relativamente baja de trabajos psicoanalíticos que se han preocupado de los mecanismos de la acción terapéutica. Se ha acumulado una cantidad considerable de datos en el curso de los últimos treinta o cuarenta años que arrojan luz sobre la naturaleza y el funcionamiento de la mente humana; se han hecho progresos perceptibles en la tarea de clasificar e incorporar tales datos en un cuerpo de hipótesis generales o de leyes científicas. Pero se ha dado una notable vacilación en la aplicación, en algún detalle, de tales hallazgos al proceso terapéutico mismo (Strachey 1934, p.127; la cursiva es nuestra).

Esta observación puede ser explicada por el hecho de que no se disponía de un vocabulario psicoanalítico específico para describir los factores curativos, es decir, para aquellos procesos que conducen fuera de la neurosis de transferencia. Consecuentemente, la descripción debía ser necesariamente vaga. Se recurría a la terminología de la psicoterapia hipnótica preanalítica, que traía consigo el descrédito del influjo sugestivo. Con el modelo de la interpretación mutativa, Strachey estableció una nueva base para la acción del analista, aun cuando ésta fuera limitada al recambio de contenidos superyoicos, de tal modo que no fue ya necesario recurrir a teorías preanalíticas o a conceptos generales para explicar algunos aspectos del cambio terapéutico. Las contradicciones entre las teorías del proceso terapéutico y las dificultades que han encontrado sus aplicaciones prácticas, señalan cuánto queda aún por aclarar y discutir. ¿Qué es lo que el analista aporta para el establecimiento de una base común? ¿De qué modo éste facilita al paciente la identificación con la tarea conjunta y con el analista que le abre nuevas perspectivas para los problemas vitales y para los síntomas? Apoyándose solamente en la relación de trabajo en general, no es posible encontrar respuestas a estas preguntas; es necesario transformar las afirmaciones generales en pasos técnicos concretos. Lo mismo vale para la teoría de la identificación en su aplicación al proceso de intercambio terapéutico. Actualmente, la interpretación mutativa se considera como un tipo de intervención dentro de una categoría más amplia. Para facilitar las comparaciones, reproducimos dos lugares representativos de las publicaciones de Strachey (1937):

No es difícil conjeturar que estas introyecciones graduales del analista ocurren en los momentos en que se ofrecen interpretaciones transferenciales. Porque en esos instantes, únicos en la experiencia del paciente, el objeto de sus impulsos in-conscientes se le revela como siendo claramente consciente de su naturaleza y como no teniendo frente a él ni angustia ni enojo. Así, el objeto que él introyecta en esos momentos tendrá una cualidad única, que impedirá, efectivamente, su ab-sorción indiferenciada en su superyó original, y, al contrario, implicará un paso hacia adelante en la modificación permanente de su estructura mental (1937, pp.144-145).

En la siguiente cita, Strachey compara la acción terapéutica del analista con la de un terapeuta que emplea la sugestión:

Es verdad que también el analista se ofrece a su paciente como un objeto y espera ser introyectado por él como un superyó. Pero su esfuerzo, desde el comienzo mismo, está puesto en diferenciarse de los objetos arcaicos del paciente, y en buscar los medios, tanto como sea posible, para que el paciente lo introyecte no como una imagen arcaica más, agregada al resto de su superyó primitivo, sino como el núcleo de un superyó nuevo y distinto. [...] En suma, él confía ser introyectado por el paciente como un superyó -introyectado, pero no engullido y tampoco como un objeto arcaico, malo o bueno, sino poco a poco y como una persona real (1937, p.144; la cursiva es nuestra).

Es improbable que Strachey realmente esperara ser consumido como una persona real. Al contrario, probablemente confiaba en una interiorización simbólica, que, por lo demás, es característica de muchos rituales canibalísticos (Thomä 1967a, p.171). En el curso de tales interiorizaciones la relación con la realidad y los sentimientos de sí experimentan un cambio. Así, es posible decir que la realidad cambia como resultado de la interacción simbólica.

Klauber (1972a, pp.386s) ha caracterizado la fase actual del desarrollo de la técnica psicoanalítica, después de Strachey, por el intento de diferenciar los elementos transferenciales de los extratransferenciales y de precisar la realidad de la situación analítica. Esperamos que la discusión en esta sección contribuya a este objetivo.

Klauber ofrece la siguiente descripción de las fases que han venido después del trabajo muy influyente de Strachey. En la primera fase, la atención fue dirigida, por el quizás más original de los trabajos subsiguientes -el artículo de A. y M. Balint *Transference and countertransference* (1939)-, al hecho de que cada analista tiene una necesidad emocional de llevar a cabo su trabajo de una manera conforme a su personalidad, y que con eso crea una atmósfera totalmente individual y característica. Consecuentemente, se planteó la pregunta de si una actitud de espejo por parte del analista, como la había recomendado Freud, era en absoluto posible. La segunda fase comenzó después de la segunda guerra mundial. La importancia terapéutica de la reacción del

analista fue especialmente destacada por el trabajo de Winnicott Odio en la contratransferencia (Hate in the countertransference, 1949) y por la publicación de Heimann On countertransference (1950). Las descripciones de Searles (1965) y de Racker (1968) de la interacción compleja entre paciente y analista son centrales para la tercera fase.

Tanto la interpretación mutativa como la tesis de Strachey de que el analista es introyectado en su papel benigno en el superyó del paciente, ponen un énfasis especial en el problema de la realidad y en la pregunta de cómo actúa el analista como "persona real". Estos problemas son tan antiguos como el psicoanálisis mismo. Ahora, al final de la cuarta fase, pareciera ser posible resolverlos desde el punto de vista técnico.

Comencemos por las soluciones que ya se encuentran en Strachey y que Klauber puso de relieve: éste nos exhorta a no menospreciar el contenido y la especificidad de las interpretaciones, pues éstas deben ser consideradas en el contexto de una relación. La actitud del analista señala: "a pesar de todo permanezco afable y no como lo haría el antiguo objeto, yo me comporto de otra manera que la que usted esperaría de acuerdo con las condiciones obsoletas de su angustia". El analista no sigue la ley del Tali3n, "ojo por ojo, diente por diente", y así hace posible la interrupci3n del c3rculo vicioso que Strachey describi3 tan bien. Despu3s de todo, en la teor3a del desarrollo del yo, el concepto de supery3 responde de vivencias y comportamientos que pertenecen a la categor3a de los mandamientos, prohibicio-nes e ideales. El cambio de valores es la meta de la interpretaci3n mutativa de Strachey. Nos parece convincente la argumentaci3n de Klauber de que este proceso significa la interiorizaci3n de partes del sistema de valores del analista. Esta afirmaci3n tambi3n se encuentra, aunque formulada cautelosamente, en algunos pasajes de Strachey.

En la segunda etapa de la interpretaci3n mutativa aparece la persona real del analista como "nuevo objeto". En 3sta, el sentido de realidad del paciente juega un papel decisivo. Por efecto del desarrollo de angustia, el analista se transforma en esta etapa en un objeto transferencial arcaico. El resultado de la segunda fase inter-pretativa depende de la capacidad del paciente

de distinguir, en el momento cr3tico de la emergencia en la conciencia de la cantidad de energ3a del ello liberada, entre el objeto de su fantas3a y el analista real. Aqu3, el problema est3 estrechamente relacionado a uno que ya he discutido, es decir, al de la labilidad extrema de la posici3n del analista como supery3 auxiliar. La situaci3n anal3tica amenaza constantemente en degenerar en una situaci3n "real". Pero esto en realidad significa lo opuesto de lo que parece. Significa que el paciente est3, permanentemente, al borde de transformar el objeto real externo (el analista) en uno arcaico; esto es, est3 al borde de proyectar en el analista sus im3genes primitivas introyectadas. En la medida en que el paciente de verdad lo hace, el analista llega a ser como cualquier otro [objeto] en su vida real, esto es, un objeto de la fantas3a. En ese

instante, el analista cesa en la posesión de ventajas especiales derivadas de la situación analítica; será introyectado como todos los demás objetos de fantasía en el superyó del paciente, y ya no será capaz de funcionar de la manera peculiar que es esencial para los efectos de una interpretación mutativa. En esta dificultad, el sentido de realidad del paciente es un aliado esencial pero muy débil; de verdad, una de las cosas que esperamos del trabajo del analista es [precisamente] un mejoramiento del sentido de realidad. Por esto, es importante no colocar al paciente en una tensión innecesaria; y ésta es la razón por la que el analista debe evitar cualquier conducta real que parezca confirmar la visión que el paciente tiene de él como un objeto de fantasía, malo o bueno (Strachey 1934, p.146).

Esta cautela, de no reaccionar ni en el sentido de un objeto bueno o de uno malo, debe hacer posible que el paciente "haga una comparación entre la fantasía del objeto externo y el objeto real" (Strachey 1934, p.147). El sentido de realidad del paciente se ve reforzado como resultado de esta comparación entre las distintas imágenes proyectadas en el analista y la percepción más ajustada a la realidad. De este modo, se da, de acuerdo con Strachey, un ajuste a la realidad externa y un re-conocimiento de que los objetos actuales no son buenos ni malos en el sentido arcaico. Aparentemente, Strachey quiere decir que la diferenciación lograda por el insight lleva a relativizar la fantasía, y termina su argumentación con la siguiente observación:

Es un hecho paradójico que la mejor manera de asegurar que el yo será capaz de distinguir entre fantasía y realidad es privarlo de la realidad, lo más que sea posible. Pero es verdad. Su yo es tan débil -y tan a merced de su ello y de su superyó-, que sólo podrá encarar la realidad si ésta le es administrada en dosis mínimas. Y estas dosis son lo que, de hecho, el analista le da en la forma de interpretaciones (Strachey 1934, p.147; la cursiva es nuestra).

Los problemas técnicos de las tesis de Strachey se originan en las contradicciones que contiene la definición de realidad en la situación analítica. A decir verdad, este problema no está resuelto, pero no sólo en los estudios de Strachey, sino tampoco en las discusiones que éste suscita (véase Wallerstein 1983). Las dificultades generales provienen de que

Freud atribuye un papel importante a la noción de prueba de realidad, sin haber jamás elaborado una teoría coherente de ella y sin haber dado ningún indicio claro de su relación con el principio de realidad. En el uso que él hace de este concepto se ve, aún más claramente, que éste puede abarcar dos líneas muy diferentes de pensamiento: una teoría genética del aprendizaje de la realidad, de una puesta a prueba de la pulsión frente a la realidad (como si ella procediera por "ensayo y error"), y una teoría casi trascendental que trata de la constitución del objeto a través de toda una serie de oposiciones: interior-



exterior, placentero-displacentero, introyección-proyección (Laplanche y Pontalis 1972, p.430).

Aparentemente, Strachey pensó el cambio en términos de principios reguladores polares, es decir, en el marco de los principios del placer y de realidad. Ya que, de acuerdo con la teoría, el principio del placer es sólo modificado por el principio de realidad, la búsqueda de la satisfacción en un objeto real (material) sigue siendo el factor determinante. Por otra parte, la realidad psíquica es modelada por los deseos y las fantasías inconscientes. Freud creyó necesario asumir una contradicción entre estas realidades, porque el tabú del incesto y otras frustraciones inevitables limitan la satisfacción material, mientras que al mismo tiempo constituyen la realidad propiamente buscada:

Sólo la ausencia de la satisfacción esperada, el desengaño, trajo por consecuencia que se abandonase ese intento de satisfacción por vía alucinatoria. En lugar de él, el aparato psíquico debió resolverse a representar las constelaciones reales del mundo exterior y a procurar la alteración real. Así se introdujo un nuevo principio en la actividad psíquica; ya no se representó lo que era agradable, sino lo que era real, aunque fuese desagradable (Freud 1911b, p.224; la cursiva es nuestra).

Si se asume que las relaciones con el objeto están reguladas por los principios del placer y de realidad, entonces la vivencia y la experiencia de la realidad están determinadas por la dominancia de uno o del otro principio. De manera característica, la teoría psicoanalítica ve el principio del placer como un hecho primario y arcaico, inagotable y derivado del inconsciente y del ello. Ahora bien, ciertamente hay una diferencia muy grande entre una cosa sólo imaginada y un objeto que se puede tomar con la mano o que se puede percibir de alguna manera (véase Hurvich 1970; Kafka 1977). Esto, sin embargo, no da pie a contradicción alguna entre realidades diferentes, que tenga que ser superada secundariamente y que necesariamente conduzca al problema insoluble de "por qué el niño, pudiendo satisfacerse a voluntad por medio de la alucinación, tenga que buscar, alguna vez, un objeto real" (Laplanche y Pontalis 1972, p.429). Ya que las interpretaciones transferenciales también comprometen al analista como persona, debemos hacer algunas observaciones más sobre la realidad psíquica; pues cuando se habla de la persona real del analista, se desencadenan alarmas de que se está abandonando el nivel psíquico y remplazándolo por una materialización, esto es, por la satisfacción de deseos. Se hace pues necesario reflexionar sobre la teoría de la realidad psíquica. Como McLaughlin (1981), creemos acercarnos a la solución de este problema si consideramos el encuentro analítico bajo la perspectiva de la realidad psíquica, esto es, como esquemas abarcativos y con muchas significaciones. Naturalmente, paciente y analista se experimentan de manera muy concreta,

con sus deseos, afectos, expectativas y esperanzas, es decir, con su subjetividad y sus maneras de pensar acostumbradas. Tan pronto como reflexionamos sobre nuestros distintos estados psíquicos, se forma un esquema que ordena las vivencias y los acontecimientos en el espacio y el tiempo. El ser humano se deja guiar largos trechos por sus esquemas subjetivos de pensar y de actuar, que regulan su conducta sin que él reflexione sobre ellos. La experiencia es que la realidad psíquica se forma en la contingencia del intercambio humano. Así, la "realidad psíquica" en el sentido de McLaughlin abarca tanto las vivencias subjetivas concretas como también sus raíces inconscientes. El analista construye la realidad psíquica de un paciente en el marco de la teoría psicoanalítica que prefiere. Tales construcciones sirven como ayudas para la orientación. La contratransferencia del analista también cabe en la amplia concepción de McLaughlin. En ella, los numerosos niveles de significación de las realidades psíquicas concretas, incluyendo las teorías subyacentes, tanto del paciente como del analista, son relacionados entre sí y entendidos interaccionalmente. Con ello se pierde la seguridad que el analista puede haber sacado de la analogía del espejo. McLaughlin señala lo productiva que es la reflexión sobre la realidad psíquica, aun cuando se deba contar con un desconcierto inicial, y esto porque el analista ya no puede partir de sí mismo como una persona real que se da en una relación realista con el paciente. Todo será relativizado por la perspectiva del paciente.

La realidad se origina en una relación bipersonal en base a un proceso de interacción en el que las perspectivas subjetivas de los participantes son continuamente dilucidadas y donde se alcanza un cierto consenso. Paciente y analista se ponen mutuamente de acuerdo. El resultado de un análisis exitoso es el despliegue de una confirmación recíproca de las realidades psíquicas y de su cambio, en virtud de un proceso que McLaughlin llama de autenticación. En él, ambos participantes alcanzan una relativa seguridad en lo que a sus puntos de vista se refiere.

Las discusiones críticas que tienen lugar en el diálogo psicoanalítico tocan al analista en su calidad de experto. Este no trabaja sólo con el sentido común, sino que también manifiesta opiniones que ha ido adquiriendo a lo largo de su formación. El profesionalismo ha impregnado su pensamiento. La forma como ve la "realidad psíquica" de su paciente no es independiente de las teorías que usa. Por esto, si de "autenticar" se trata, debemos ir más allá de McLaughlin, y plantear la pregunta de si no son, precisamente, las teorías de Freud sobre la realidad psíquica las que indirectamente crean algunos de los problemas que ahora abordamos.

A este respecto, nos movemos en un campo de altas tensiones entre polos marcados por conceptos antitéticos: realidad psíquica frente a realidad material, principio de realidad frente a principio del placer, yo-placer frente a yo-real. Finalmente, llegamos a la prueba de realidad como el acto que distingue entre lo interno y lo externo, o entre lo que es meramente imaginado y lo que es realmente percibido. Freud opuso la realidad psíquica a la realidad material

después que se vio forzado a abandonar su teoría de la seducción y el papel patógeno de los traumas infantiles reales: las fantasías que no provienen de hechos reales poseen el mismo valor patógeno para el sujeto que Freud inicialmente atribuyó a los recuerdos inconscientes de acontecimientos efectivos. La contraposición de ambas realidades se vincula entonces con determinados contenidos que caracterizan las realidades respectivas: la realidad psíquica es el mundo subjetivo de deseos y fantasías conscientes e inconscientes; la realidad material se caracteriza por la satisfacción efectiva, o por la frustración, de necesidades de objeto que se derivan de las pulsiones. De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1972, p.426), la realidad psíquica designa el "deseo inconsciente y las fantasías conexas". Pero, ¿es necesario atribuir realidad al deseo inconsciente? Freud se hace esta pregunta en el contexto del análisis onírico, respondiendo:

Y si ya estamos frente a los deseos inconscientes en su expresión más última y verdadera, es preciso aclarar que la realidad psíquica es una forma particular de existencia que no debe confundirse con la realidad material (Freud, 1900a, p.607; cursiva en el original).

Existe entonces realidad psíquica y realidad material. El pasaje decisivo para la génesis y naturaleza de las neurosis dice así: "Estas fantasías poseen realidad psíquica, por oposición a una realidad material, y poco a poco aprendemos a comprender que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva" (1916-17, p.336; cursiva en el original). Según Wallerstein (1983), un grave problema en la comprensión de lo que significa tal realidad material, como contrapartida de la realidad psíquica, reside en el hecho de que Freud nunca, a lo largo de su extensa obra, llegó a definir que es lo que se puede entender por realidad material o externa. Jiménez (1989, p.3), agrega que, en este contexto, para Freud "realidad externa era lo que 'está ahí', aquello que está dado como un a priori. Esta manera de ver las cosas trasluce una perspectiva epistemológica de realismo ingenuo pues desde Kant sabemos que lo que 'está ahí' no es algo dado 'materialmente', sino algo que ya ha sido 'construido' desde el momento mismo del primer y más simple acto de percepción".

En la teoría de Freud, la realidad psíquica está regulada por el principio del placer, que a lo largo del desarrollo humano, y a causa de las urgencias de la vida, es modificado por el principio de realidad. La prueba de realidad está al servicio del principio de realidad. El niño a lo largo de su desarrollo aprende a posponer la satisfacción pulsional inmediata, en aras de una gratificación realista de sus necesidades, en armonía y reciprocidad con los demás. La tensión entre la realidad psíquica y la material se basa, entonces, en la suposición de un excedente de deseos que tienden continuamente hacia la satisfacción, pero que fracasa frente a la indigencia general de la vida y, en especial, frente al tabú del incesto. Para crear condiciones favorables es

necesario aceptar un cierto grado de gratificación en la situación terapéutica; de otra manera, simplemente se repetirán las viejas frustraciones. Es más fácil resolver el problema de la frustración y de la satisfacción en la situación analítica, si se profundiza la teoría de la realidad psíquica y no se la vincula con la frustración de manera unilateral. Para nuestra argumentación, basta decir que el paciente debe experimentar con el objeto, es decir, con el analista, muchos acuerdos gozosos, así como también diferencias de opinión. Esto facilita el camino de los deseos infantiles inconscientes frustrados que se esfuerzan por la satisfacción en el presente.

Wallerstein (1983) destaca que fue Hartmann (1956) quien hizo notar que la prueba de realidad, que para Freud designaba la capacidad para distinguir ideas de percepciones, debía ampliar su significado para designar también la capacidad para distinguir entre los elementos objetivos y los subjetivos de nuestro juicio sobre la realidad. Los elementos objetivos se refieren más a la 'realidad perceptiva' del mundo circundante, es decir al mundo de las cosas (que ofrecen satisfacción 'material' de los deseos 'materiales', que es lo que Freud parece entender con su concepto de realidad material); los subjetivos, en cambio, apuntan a la realidad inter-subjetiva, a la realidad socializada, es decir al mundo de nuestra experiencia cotidiana más inmediata. Jiménez sigue desarrollando la distinción que hace Hartmann, y agrega:

[...] podríamos decir que cuando cotidianamente hablamos de realidad externa, no nos referimos tanto al mundo de las cosas, como algo independiente de su apropiación humana, sino más bien al mundo humano intersubjetivo, o sea, a esa región de nuestra realidad personal o psíquica que sabemos es compartida por nuestro prójimo (y eso lo sabemos mediante nuestra prueba de realidad). En nuestra visión, no oponemos entonces realidad psíquica a realidad externa, sino que definimos una realidad "intermedia", entre el polo interno y el externo que, por así decirlo, cabalga sobre los dos, y que es la realidad intersubjetiva. Este mundo compartido, de alguna manera el más real de todos, es en primer lugar nuestro mundo cotidiano, nuestra vida familiar, nuestro trabajo. [...] Las diversas realidades sociales [más allá de la cotidianidad inmediata, por ejemplo, la llamada realidad sociopolítica] en sus distintos grados de distancia y cercanía, son creadas socialmente y somos en ellas incorporados, se dice "socializados", a través de la identificación con las visiones subjetivas de nuestros padres primero, en la escuela después y, finalmente, mediante todo el aparato de comunicación social. Llegamos así a aceptar nuestra realidad psicosocial particular como algo natural, como algo dado "materialmente" (Jiménez 1989, p.3: cursiva en el original).

Habiendo definido de este modo la realidad externa, como una región más amplia que la mera realidad material, Jiménez aplica su concepción a la relación analítica:

La realidad externa la definiremos como el campo de acuerdo intersubjetivo entre analista y paciente, acuerdo en gran medida inconsciente y que está de alguna manera ya implícito en la indicación del tratamiento analítico, como un reconocimiento tácito de que ambos, paciente y analista, pertenecen al mismo "mundo". Este acuerdo es, sin embargo, parcialmente, objeto de análisis durante el proceso terapéutico, al menos en sus aspectos más cotidianos o diríamos más cercanos a la realidad familiar e infantil del paciente, [en la medida en que esta realidad se despliegue en la transferencia]. Según esto, y reformulando a Strachey, la inter-pretación mutativa delimita el campo de lo real dentro de la realidad psíquica, ex-pandiendo así, tanto en la psique del paciente como en la relación con el ana-lista, el dominio de la prueba de realidad. Asignar sentido, interpretar, es entonces adjudicar límites, discriminar entre la fantasía idiosincrática, íntima, y la fantasía, por así decirlo, "compartida" (Jiménez 1989, p.3).

El propósito de estos comentarios es señalar las consecuencias de una concepción amplia de la realidad psíquica. El paciente busca ayuda y espera una mejoría y curación de sus síntomas y dificultades de vida. Dicho brevemente: el paciente viene en la esperanza de alcanzar un cambio positivo con la ayuda de un experto. En el intento de comunicar todas sus emociones y pensamientos, se despliega un cuadro multifacético del mundo en el que él vive. Describe diversos matices de su mundo, dependientes de su estado de ánimo y del predominio de los distintos deseos, expectativas, esperanzas o angustias. Aunque el paciente puede distinguir entre las percepciones de seres humanos y cosas, y las representaciones que sobre ellos tiene, no divide la realidad en psíquica y material. Esto es así, a pesar de que se da cuenta de que sus deseos y representaciones pueden entrar en conflicto, y de que él depende de los objetos externos en su búsqueda de placer y satisfacción. Cuando el analista escucha, y deja a sus emociones y pensamientos sacar las conclusiones, son muchos los procesos que tienen lugar en él. En el momento en que el analista interviene, el paciente se ve confrontado con una información. También una información negativa, esto es, el silencio del analista, en especial cuando el paciente espera una respuesta, significa una comunicación; por esto, Watzlawick y cols. (1967) plantean que la "no comunicación" es imposible. Los comentarios del psicoanalista introducen puntos de vista que el paciente debe encarar de alguna manera: puede hacer caso omiso de ellos, aceptarlos, rechazarlos, etc. Tarde o temprano, se llegará a reflexionar en conjunto sobre la diversidad de perspectivas, donde, consciente o inconscientemente, muchas terceras partes están presentes: miembros de la familia de origen, allegados, o personas con las que el paciente se encuentra en su vida privada o en el trabajo, con quienes comparte su vida. Persistentemente, el analista será tocado en sus propias experiencias de vida, en sus deseos o anhelos, en sus viejas angustias y en sus luchas actuales. Ya que no es él quien padece, puede, para bien del paciente, ubicarse a una cierta distancia que le permita sospechar, allí la

presencia de un deseo, o, más acá, el instante en que el paciente reacciona con angustia. Si el analista no contara con una gran cantidad de esquemas explicativos capaces de ilustrar patrones típicos de conflictos vitales, la carga emocional e intelectual del compromiso sería simplemente intolerable. Estos facilitan la orientación en la terapia.

Si relacionamos estos puntos con el entendimiento de la realidad de Strachey, encontramos lo siguiente: en su afirmación "la situación analítica amenaza constantemente en degenerar en una situación 'real'", Strachey se refiere al principio del placer en el sentido amplio del término (Strachey 1934, p.146). En esto, parte de la base de imagos introyectadas que son luego proyectadas en el analista, pero sin tomar en cuenta los factores de la situación desencadenante. Es digno de hacer notar que, también aquí, cuando Strachey habla del objeto real externo, es decir, del analista, asume cantidades fijas. El pasaje recién citado confirma que Strachey, a través de la privación de la realidad, creía poder reforzar la capacidad de diferenciación de la prueba de realidad del paciente en el instante de la interpretación transferencial mutativa.

Si se sigue la analogía del espejo, el analista puede ser llevado a un conflicto de funciones que le haga imposible confirmar las percepciones totalmente realistas en las interpretaciones transferenciales, y con ello contrarrestar nuevas negaciones (*Verleugnung*) o represiones. A pesar de su primer aporte innovador a la comprensión de la contratransferencia (1950), Heimann (1956) no notó que es imposible ser, por un lado, un espejo sin "sí mismo" y sin existencia independiente, que sólo refleja al paciente, y, por el otro, como persona, parte de la situación analítica y de los problemas del paciente tanto en el nivel realista como en el de la fantasía. Es suficiente que el analista muestre una cierta circunspección que permita al paciente una nueva puesta en escena en la transferencia de los clisés de relación inconscientes activos.

En el contexto de la ampliación de la teoría de la transferencia (en el sentido de un concepto abarcativo de transferencia), nuestras reflexiones conducen a la idea de que la llamada realidad del analista se constituye durante la constante puesta a prueba que, inconsciente y conscientemente, el paciente realiza. En el momento en que el analista entrega una interpretación mutativa, el analista revela algo de sí mismo, como lo destaca Strachey. Ciertamente, en esto no se trata de confesiones personales. Aquello que, directa o indirectamente, se expresa en una interpretación útil para el paciente, se enriquece con el profesionalismo del analista y por el hecho de que su experiencia es independiente de una subjetividad demasiado estrecha. El saber profesional del analista facilita un proceso cognitivo que abre al paciente nuevas avenidas para la búsqueda de soluciones. No se trata aquí de confesiones personales, sino de comunicaciones -no verbales o en forma de interpretaciones- que dejan traslucir la manera como el analista ve el problema del paciente, qué siente y piensa él mismo al respecto, y lo que él es (y de qué manera lo es) para el paciente. En este sentido, estamos de acuerdo con la afirmación de Rosenfeld

(1972, p.458) de que las interpretaciones del analista pueden reflejar muy bien su estado mental.

En este punto, como lo destaca Klauber, es especialmente importante la espontaneidad del analista:

Del énfasis en la espontaneidad se siguen varias consecuencias. La interacción es-pontánea humaniza la relación analítica a través de intercambio continuo de iden-tificaciones parciales. Esta calidad humana de la relación es el antídoto de la cua-lidad traumática de la transferencia, tanto o más que la aceptación de los impulsos por un analista que refuerza las cualidades benignas del superyó (Klauber 1981, p.116).

Condición previa para este proceso cognitivo que incluye el yo del otro, es decir, del analista, es, por supuesto, que el analista no se retire a través de interpreta-ciones transferenciales reductivas. Con motivo de percepciones preconscientes del todo plausibles, la investigación sistemática de Gill (1982) sobre los desencade-nantes de la transferencia y, especialmente, sobre la resistencia en contra de la transferencia (véase capítulo 2 y 4), ofrece una respuesta técnica a la pregunta de lo que el analista es, como persona real, en la situación terapéutica. El "aquí y ahora" debe ser considerado en su relación con el "allá y entonces", y en ese proceso se abren perspectivas nuevas e innovadoras. Freud (1933a, p.69) contrapuso la inmu-tabilidad de lo reprimido, la llamada atemporalidad del inconsciente, al trabajo ana-lítico que le quita el poder al pasado. El "aquí y ahora" se vincula con el "allá y entonces" en el proceso de devenir consciente y, precisamente, éste es el efecto mutativo de las interpretaciones transferenciales.

El analista debe armarse de paciencia, pues los procesos inconscientes necesitan tiempo para manifestarse en la transferencia de un modo tal que las interpreta-ciones terapéuticas eficaces sean posibles. En este sentido debe entenderse la afir-mación de Freud: "Ateniéndome al punto de vista del médico, sólo puedo enunciar que en casos semejantes, si quiere averiguar y conseguir algo, él debe comportarse de manera tan 'atemporal' como lo inconsciente mismo" (1918b, p.12). Se puede notar que la palabra atemporal está entre comillas. Del contexto queda claro que, si se espera con paciencia, en los casos graves también se desarrollan transferencias. De acuerdo con Freud, una vez que la atemporalidad del inconsciente ha sido su-perada, en tales casos graves se hace posible incluso reducir significativamente la duración del tratamiento, pues la experiencia creciente permite al analista hacer in-terpretaciones transferenciales provechosas, es decir, aquellas que vinculan el pa-sado con el presente. Las repeticiones crean la impresión de que el tiempo se ha detenido. También en el sueño, el yo conserva el sentido del tiempo y es capaz de reconocer contradicciones (Freud 1900a, p.331; Hartocollis 1980). Por esta razón, se presta a confusión hablar de la atemporalidad del inconsciente en referencia al sentido del tiempo en diferentes estados de conciencia.

Nuestra argumentación es importante para la comprensión del efecto mutativo de las interpretaciones transferenciales, porque con ellas se pone en contacto el pasado con el presente. En la concepción de Freud, la vigencia de los deseos pasados e in-conscientes conservados se disuelve con el devenir consciente. Es evidente que an-tes de disolver un vínculo es necesario establecerlo. Con esto, llegamos a la con-clusión de que las interpretaciones transferenciales que parten de la base de que las percepciones y las vivencias del paciente en el "aquí y ahora" son repeticiones ahistóricas, pasan por alto el hecho de que, precisamente, como interpretaciones del aquí y ahora, no toman en cuenta la dimensión inconsciente que tiene su ori-gen en el transcurso de la vida. De manera característica, el énfasis puesto en la calidad ahistórica de los procesos inconscientes se acompaña a menudo de una actitud estrictamente reflectante. Los estudios de Ezriel (1963) parten del supuesto de que la nueva puesta en escena ahistórica en la transferencia es más perfecta mientras más circunspecto se com-porta el bien analizado analista; sus interpretaciones se dirigen a las relaciones de objeto inconscientemente buscadas o evitadas. Ezriel recomienda un tipo de inter-pretaciones que se oriente hacia la relación de objeto buscada pero ansiosamente evitada. Por esto, sus interpretaciones siempre contienen un "porque" explicativo, en el sentido de "Ud. está en este momento evitando comunicar tal o cual deseo, tal o cual fantasía, porque tiene miedo de ser rechazado".

Si examinamos más de cerca los comentarios de Ezriel, llegamos a la con-clusión de que su descripción del método analítico como ahistórico no se justifica. Es cierto que la eficacia terapéutica está relacionada con el "aquí y ahora" y con los conocimientos que se puedan lograr en la situación analítica. La concepción de Ezriel se basa en el supuesto de la falta de historicidad del inconsciente. Por eso, las percepciones realistas actuales del paciente no juegan ningún papel de impor-tancia, aun cuando sólo se den interpretaciones en el "aquí y ahora"; éstas se refie-ren, sin embargo, exclusivamente a fuerzas y constelaciones inconscientes, aparen-temente ahistóricas, es decir, atemporales, cuya acción sigue siendo eficaz en el momento actual. Con todo, la obra de Ezriel merece ser destacada aquí, pues este autor le da al "aquí y ahora" una importancia metodológica especial; sin embargo, fracasa en sus investigaciones, entre otras razones, porque, en la práctica, descuida la influencia contingente que atribuye al analista en la teoría.

La incorporación del influjo personal y de las percepciones realistas en la transferencia constituye la diferencia esencial entre las interpretaciones transfe-renciales genéticas reconstructivas de Freud y las innovaciones que siguieron a las publicaciones de Strachey. Si se habla, como lo hace Segal (1973, p.123), de la relación de objeto correctora en la situación analítica, entonces el analista debe incluir en la formulación de sus interpretaciones transferenciales al sujeto que in-fluencia (el analista) y las percepciones realistas que el paciente tiene del analista. La importancia de la realidad psíquica y de las fantasías inconscientes de ningún modo disminuye cuando se pone en claro, con el paciente, que las



percepciones realistas, por ejemplo, de la contratransferencia del analista, influyen en la génesis de esa realidad psíquica.

El paciente participa en el sistema de valores del analista en la medida en que eso es importante para nuevas soluciones de los conflictos neuróticos. Esta participación identificatoria, que Strachey describió en el cambio en el valor de los preceptos, las prohibiciones y los ideales del superyó, no sólo es inevitable, sino necesaria desde el punto de vista terapéutico. Querer pasarla por alto conduce a una atmósfera artificial que se puede caracterizar como una evitación angustiosa de la necesaria participación terapéutica.

Los hallazgos de investigación en el campo de las ciencias sociales obligan a dar un gran peso a la influencia del psicoanalista sobre la génesis de las percepciones y las fantasías en la situación analítica. Las teorías acerca del control de situaciones reales también son pertinentes para la estructuración de la situación terapéutica. Si se asume que el principio de realidad es secundario al principio del placer y que siempre se tiende a la satisfacción real -aun cuando ésta pueda posponerse por tiempos variables-, entonces se entiende que en la situación terapéutica se genere tensión como resultado de la frustración y la renuncia. La creación de una atmósfera de este tipo puede aliviar a un grupo de pacientes inhibidos porque la sola empatía y tolerancia hacia las agresiones producidas por la frustración puede conducir a un aligeramiento de aspectos superyoicos restrictivos. En la transformación de un superyó excesivamente estricto en uno más moderado, no se encuentran los problemas terapéuticos que deben ser resueltos en la construcción de funciones yoicas subdesarrolladas o deficitarias. Aquí, la identificación con el psicoanalista juega un papel decisivo. Por eso, es importante determinar las condiciones bajo las cuales se forman las identificaciones.

En la acogida unilateral de la obra de Strachey, se prestó poca atención -salvo algunas excepciones, de entre las que destaca el aporte de Klauber-, a las relaciones entre la interpretación transferencial y otros aspectos de la relación terapéutica. Strachey asignó a estos otros componentes, como sugestión, tranquilización, abreacción, etc., un importante lugar como elementos integrantes del tratamiento. La cuestión de cómo se presenta el analista a sí mismo en dosis pequeñas -de acuerdo con el pasaje de Strachey ya citado-, permanece sin solución satisfactoria.

Se sigue actualmente discutiendo, igual que en la discusión entre Greenson, Heimann y Wexler (1970), si las percepciones realistas en el "aquí y ahora" deben ser tomadas en consideración y, en caso positivo, cómo debe esto hacerse. Se teme que este camino conduzca finalmente a la gratificación de necesidades, lo que haría que el tratamiento no sea llevado a cabo en la frustración (Versagung, "denegación"). Estos problemas técnicos pueden ser resueltos de manera constructiva y con ventajas para el cambio terapéutico, si entendemos su origen en la teoría psicoanalítica de la realidad. En la discusión de este punto, partimos de la siguiente observación de Adorno:

Por un lado, para él [el psicoanalista] la "libido" es la realidad psíquica propiamente tal; la satisfacción es positiva, la frustración negativa, porque conduce a la enfermedad. Por otro lado, sin embargo, el psicoanálisis acepta la civilización -que obliga a la frustración- si no completamente de manera no crítica, por lo menos resignadamente. En nombre del principio de realidad justifica el sacrificio psíquico individual sin someter el principio de realidad mismo a un escrutinio racional (Adorno 1952, p.17).

Aun cuando el principio de realidad que representa el analista es relativamente moderado, debe ser lo suficientemente frustratorio como para agudizar el conflicto, y así "llevarlo a su plasmación más neta para acrecentar la fuerza pulsional que habrá de solucionarlo" (Freud 1937c, p.234). Este pasaje de la obra tardía de Freud muestra que los problemas técnicos surgen de la teoría psicoanalítica de la realidad.

Si se somete el principio de realidad a un escrutinio racional, las consecuencias técnicas son que las percepciones del paciente deben ser tomadas en serio, porque, en ese momento, un acto intencional encuentra su objeto y, con ello, se constituye la realidad. Más adelante volveremos a este tema a propósito de la discusión sobre la relación entre la verdad histórica y la percepción en el "aquí y ahora". Ya que la concepción individual de la realidad se determina en un contexto socio-cultural, ninguno de los lados puede ser tomado como un absoluto. Así, la realidad de la situación analítica se constituye en el intercambio, la apropiación o el re-chazo de opiniones.

En el proceso de probar la realidad, ni analista ni paciente pueden partir de puntos de vista absolutamente válidos. En un caso terminaríamos adaptándonos a las condiciones preexistentes, y, en el otro, en el solipsismo. En un extremo, el individuo declara que su familia y la sociedad están enfermas y son la causa de su enfermedad, en el otro extremo, el individuo es determinado y enfermado desde afuera. Si se lleva la polarización hasta su agudización máxima se puede declarar loca la sociedad como un todo y el paciente mental puede considerarse el único sano que se rebela contra la sociedad enferma. Mediante una terapia exitosa, esta persona sería entonces, sin notarlo, adaptado a una sociedad enferma. Adorno va tan lejos con la afirmación: "Al asemejarse al todo insano, el individuo mejorado llega a enfermarse verdaderamente, sin que por eso el que fracasa en la curación sea más sano" (Adorno 1972 [1955], p.57).

La interpretación mutativa pareciera entonces tener una acción especial si se la piensa diseñada para fortalecer la relación de trabajo, esto es, la identificación del paciente con el psicoanalista como yo auxiliar. Como consecuencia de la gran influencia de la contribución original de Strachey se llegó a una nueva forma del "fanatismo interpretativo" que ya Ferenczi y Rank (1924) habían criticado. Bajo esta expresión, estos autores entienden las reconstrucciones genéticas que descuidan la vivencia en el "aquí y ahora" y con ello son terapéuticamente ineficaces. También Strachey (1934, p.158) examina este

fanatismo interpretativo infructuoso, y llama la atención sobre la inmediatez emocional inherente a su interpretación mutativa, como interpretación transferencial del punto de urgencia crítico. Simultáneamente, él acentuó que la mayoría de nuestras interpretaciones caen fuera de la transferencia.

Con todo, más tarde se desarrolló una nueva forma de fanatismo interpretativo, esta vez en relación a la "transferencia" en el sentido de mera repetición. Este nuevo fanatismo limitó la eficacia terapéutica del psicoanálisis, por otras razones que el reconstruir excesivamente intelectual. El entender como manifestación de transferencia todo lo que sucede en la situación analítica, o lo que trae el paciente (considérese, por ejemplo, la afirmación siguiente; "la transferencia debe incluir, por definición, todo lo que el paciente trae a la relación" [Joseph 1983, p.447; la cursiva es mía]; nota de J.P. Jiménez), acarrea consecuencias sobre las que Balint llamó expresamente la atención. Tal técnica interpretativa trae consigo que "el marco de referencia principal usado para formular prácticamente todas las interpretaciones, es una relación entre un objeto altamente importante y omnipresente y un sujeto desigual, quien en el presente, aparentemente, no puede sentir, pensar o experimentar nada que no esté relacionado con su analista" (Balint 1968, p.169).

La desigualdad que así se origina puede conducir a regresiones malignas si, además, se descuidan las circunstancias externas del paciente en favor de interpretaciones transferenciales ahistóricas que ponen entre paréntesis el presente e incluso la situación analítica misma, como también la influencia del analista y la situación externa de vida. En la medida en que se ve el presente sólo como repetición del pasado, como su cristalización en esquemas inconscientes (llamados *clisés* por Freud), las interpretaciones en el "aquí y ahora" sólo aparentemente se refieren a la situación analítica. El "aquí y ahora" es entonces tomado estrictamente como nada más que una reimpresión de un modelo o clisé antiguo.

En contraste con la concepción ahistórica de transferencia recién descrita y las interpretaciones correspondientes, las verdaderas interpretaciones en el "aquí y ahora" proporcionan nuevas experiencias porque toman en serio el presente. En esto, el psicoanalista lleva a cabo una tarea genuina que no puede ser reducida a la del padre o la madre. Heimann (1978) usó la expresión "yo complementario" para caracterizar esta función, la refirió a la madre y la llamó también "función materna". A causa del peligro de un malentendido reduccionista, preferimos no llamar "yo maternal" al yo complementario terapéutico o yo auxiliar, sino sólo tomar la caracterización de "función", que creemos toca un punto esencial.

[...] la madre [en la forma de analista], como yo complementario, ofrece al niño [al paciente] conceptos que él no tiene. La madre enseña al niño nuevos conceptos para pensar y así lo pone en el camino del progreso (Heimann 1978, p.228).

La exigencia técnica de Freud de que "no se debe educar al paciente para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser" (1919a, p.160), pareciera estar en contradicción con la enorme significación terapéutica de la identificación del paciente con su analista. Otro pasaje de Freud reza así: "En diversas funciones servimos al paciente como autoridad y sustituto de sus progenitores, como maestro y educador [...]" (1940a, p.181). Por otra parte, Freud nos previene: "Por tentador que pueda resultarle al analista convertirse en maestro, arquetipo e ideal de otros, crear seres humanos a su imagen y semejanza, no tiene permitido olvidar que no es ésta su tarea en la relación analítica, e incluso sería infiel a ella si se dejara arrastrar por su inclinación" (1940a, p.176).

En un simposio sobre terminación de análisis, Hoffer (1950) calificó la capacidad del paciente de identificarse con las funciones del psicoanalista como el elemento esencial del proceso terapéutico y de su éxito. El tema planteado tiene entonces una importancia fundamental para el entendimiento del proceso terapéutico, en especial, porque vincula estrechamente las funciones del analista con las identificaciones del paciente.

Debemos considerar toda una serie de problemas teóricos y prácticos que quisiéramos esquematizar a través de algunas pocas preguntas: ¿Con qué se identifica el paciente? ¿Cuáles son las consecuencias de la teoría psicoanalítica de la identificación para una práctica óptima, cuya meta sea facilitar al paciente la asimilación de las funciones que ejerce el analista? ¿Qué funciones ejerce el analista? y ¿cómo lo hace? ¿Puede diferenciar el paciente, mediante su experiencia, las funciones de la persona que las ejerce? ¿Cómo es que el analista señala que él es fundamentalmente diferente de las expectativas que caracterizan la neurosis de transferencia y de las consecuencias que ésta tiene para los procesos de percepción? ¿Es suficiente que el paciente reconozca que la forma como el analista piensa y actúa no corresponde con los patrones de expectativa previos? ¿Es suficiente la definición negativa, es decir, que el analista no corresponde a las expectativas inconscientes? En nuestra opinión, la no correspondencia no basta para quebrar la compulsión neurótica a la repetición; pensamos que la función terapéutica reside en la acción innovadora del analista, cuando suministra nuevos puntos de vista y posibilita soluciones de problemas, que hasta ese momento eran inalcanzables para el paciente. Los elementos innovadores toman un lugar tan natural en la terapia, que han llegado inadvertidamente a formar parte de la idea de que, aparentemente, la síntesis se produce por sí sola. En los hechos, las intervenciones del psicoanalista contienen, al menos, metas latentes que codeterminan el nuevo ordenamiento de los elementos liberados. La función terapéutica básica del psicoanalista es ser un "representante" eficaz. No importando si se ve al analista como un superyó o como un yo auxiliar, ni tampoco cómo se quiera derivar de Strachey el lenguaje específico de escuelas teóricas y de práctica actuales, es un hecho de experiencia, universalmente aceptado, que aquellos procesos de intercambio que conducen a nuevas identificaciones se llevan a

cabo con la ayuda del psicoanalista. De esto resulta la dependencia del paciente, a quien no le queda más que hablar el lenguaje de su terapeuta, según lo formuló Balint (1968, p.93), con profundo entendimiento de las conexiones entre habla, pensar y actuar.

El aprender de un modelo -o en terminología psicoanalítica, la identificación- no puede tener una importancia mayor en todo proceso terapéutico. Desde que las teorías de relaciones objetales, de las más diferentes orientaciones, fueron puestas en el foco de la discusión, todos los conceptos que se refieren a la relación de lo externo con lo interno, y de sujeto con sujeto (o con objeto), tienen una actualidad técnica especial (Kernberg 1979; Meissner 1979; Ticho, citado por Richards 1980). En su introducción a una conferencia sobre teorías de relaciones objetales, Kanzer (1979, p.315) destacó que, con el acento puesto en las relaciones de objeto, se hizo posible una comprensión diádica del tratamiento tradicional de adultos, haciendo hincapié en los numerosos autores que impulsaron este desarrollo (Balint 1950; Spitz 1956; Loewald 1960; Stone 1961; Gitelson 1962).

Interiorización, identificación, introyección e incorporación, todas se refieren a un movimiento de afuera hacia dentro que implica apropiación, asimilación y adaptación (Schafer 1968; Meissner 1979; McDevitt 1979). No importando el significado que se dé a estos términos -por ejemplo, un entendimiento literal y muy concreto de "incorporación", o "identificación" como ecuación simbólica-, el rasgo común entre ellas es que se refieren a relaciones de objeto. Por esto, Balint (1968, p.61-62) ha llamado la atención sobre el hecho de que no es posible hablar de identificaciones en el sentido estricto de la palabra, a menos que haya una cierta distancia entre lo interno y lo externo o entre sujeto y objeto. A este contexto pertenece la observación antropológica fundamental de Freud de que las relaciones de objeto abandonadas cristalizan en identificaciones (Freud 1923b, p.31). No es necesario resaltar lo importante que es este aspecto de la identificación en pérdidas, separaciones y en la terminación del análisis.

Creemos que es posible solucionar actualmente el viejo problema referente a la realidad en la situación analítica; cincuenta años después de la publicación pionera de Strachey, su potencial terapéutico puede y debe ampliarse considerablemente. En esto, las interpretaciones transferenciales tienen un papel especial. En nuestra argumentación hemos distinguido los siguientes aspectos:

1. Bajo interpretaciones del "aquí y ahora" debe entenderse todo tipo de referencias a la situación analítica, pero no al presente extraanalítico o a circunstancias de vida anteriores del paciente. De la ampliación del concepto de transferencia, que discutimos en el capítulo 2, resultan dos clases de intervenciones: una se re-laciona con todo lo que sucede fuera de la situación analítica, y la otra incluye todas las interpretaciones que se refieren al "aquí y ahora", en el sentido amplio del concepto de transferencia. La interpretación transferencial tradicional supone una repetición y, de este modo, la atención

está puesta en la génesis. Estas formulaciones se basan en el supuesto de una relación condicional entre las vivencias y el actuar actual, y las experiencias previas. En otras palabras, tales interpretaciones transferenciales se formulan más o menos así: "Ud. tiene angustia, porque teme que yo lo podría castigar igual como su padre lo hizo".

2. La interpretación transferencial puede orientarse más bien hacia la génesis y hacia la reconstrucción de recuerdos. En contraste, es también posible colocar el "aquí y ahora" en el centro de la interpretación si se asume la falta de historicidad de los procesos inconscientes. Las interpretaciones transferenciales de este tipo se dirigen al analista como objeto antiguo. La dinámica del momento es en esa concepción casi idéntica a la génesis (ahistórica) conservada. En estas interpretaciones del "aquí y ahora" se nivelan las diferencias entre el material que ha sido transformado desde el pasado hasta el presente y la contribución del analista a la transferencia. No hay investigación de los procesos afectivos y cognitivos que crean la realidad psíquica del momento. En este sentido, el propósito de la actitud analítica reflectora es lograr que se manifiesten, en forma pura, las fantasías inconscientes ahistóricas y los procesos inconscientes de defensa que se dirigen en contra de ellas.

3. Llegamos finalmente al tipo de interpretaciones transferenciales en el "aquí y ahora" que hace efectivo el potencial de discernimiento diádico y su eficacia terapéutica. Pensamos en aquellas interpretaciones de transferencia que consideran de una manera amplia las percepciones más o menos realistas del paciente y su acción sobre los procesos inconscientes. En este contexto, podemos aludir a la opinión de Klauber de que una de las tareas del psicoanalista en la fase actual es distinguir los elementos transferenciales de los no transferenciales. Entretanto, sin embargo, la teoría de la transferencia se ha ampliado de tal modo, que hablar de elementos no transferenciales se presta a malentendidos. Por supuesto, hay que, por lo menos, distinguir los adornos imaginativos y el mundo de deseos desencadenado en la situación analítica, de los aspectos realistas de la conducta del analista. Este proceso de diferenciación de discernimientos diádicos constituye el efecto mutativo de las interpretaciones transferenciales.

Ahora podemos mencionar el parecer de Arlow (1979) de que la transferencia se desarrolla por medio del pensamiento metafórico. Sobre la base de esquemas inconscientes (los clisés de Freud) la realidad psíquica se configura según perspectivas de contraste y semejanza. El paciente compara la situación analítica y al psicoanalista con experiencias anteriores y actuales. Si se ve la transferencia, como Arlow lo hace, como manifestaciones del pensamiento metafórico y de vivencias, es necesario asumir que las semejanzas hacen posible establecer conexiones, permiten que algo sea llevado desde una orilla hasta la otra, esto es, desde una situación anterior hasta la actual. Es precisamente por consideraciones terapéuticas por lo que se debe tomar en serio la crítica de Carveth (1984b, p.506). Este autor señala que el reconocimiento de las semejanzas por parte del analista es la condición para el

cambio de los clisés transferenciales que, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, se han formado para desmentir (verleugnen) percepciones realistas y para reprimir procesos afectivos y cognitivos. Los clisés inconscientes de Freud son muy similares a la categoría lingüística de "metáforas muertas" (Weinrich 1968; Carveth 1984b). Estas pueden volver a la vida, es decir, emerger del inconsciente dinámico, si las interpretaciones transferenciales dan lugar a las semejanzas y son reconocidas, en el sentido de Gill. De otra manera, se repiten los actos de desmentida (Verleugnung) y los viejos clisés mantienen su influencia. En el instante en que se constatan las semejanzas, se descubre también el "aquí y ahora" y el "allá y entonces". Esta diferenciación cognitiva posibilita la experiencia emocional correctora de la interpretación mutativa. Por último, quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de que nuestra concepción extrae su aplicación terapéutica de la profunda afirmación de Freud de que en todas las enfermedades mentales se encuentra "un fragmento de verdad histórica" (Freud 1937d, p.269). Freud acentúa que, si se reconoce esta verdad histórica,

Medios, vías y fines

El silencio

se abandonaría el vano empeño por convencer al enfermo sobre el desvarío de su delirio, su contradicción con la realidad objetiva, y en cambio se hallaría en el reconocimiento de ese núcleo de verdad [en la formulación de las interpretaciones transferenciales; nota de los autores] un suelo común sobre el cual pudiera des-arrollarse el trabajo terapéutico. Este trabajo consistiría en librar el fragmento de verdad histórica de sus desfiguraciones y apuntalamientos en el presente real-objetivo, y resituarlo en los lugares del pasado a los que pertenece. En efecto, este traslado de la prehistoria olvidada al presente o a la expectativa del futuro es un suceso regular también en el neurótico (1937d, p.269).

Creemos que ahora ha quedado claro en qué sentido queremos aprovechar terapéuticamente esta concepción. El suelo común puede encontrarse en el reconocimiento del núcleo de verdad actual en la formulación de interpretaciones transferenciales. En esto, de regla, basta reconocer las disposiciones humanas generales, como lo sugerimos en el capítulo 3. Comparado con eso, las reconstrucciones históricas son problemáticas; les falta la fuerza persuasiva que emana de las experiencias actuales. En la comparación entre el "aquí y ahora" y el "allá y entonces", el paciente logra establecer, al fin y al cabo, una distancia frente a ambos que lo libera frente al futuro. Por esta razón, parafraseamos una afirmación de Freud (1937c, p.234s), diciendo que el mejor trabajo analítico ocurre cuando el paciente establece distancia, tanto de las vivencias del pasado como también de las verdades del presente, las que, entonces, llegan a ser historia.

## 8.5 El silencio

Hablar y callar son los dos lados de toda conversación: se habla o se permanece en silencio. Se pueden desplegar distintas posibilidades: sólo uno habla, o ambos callan, o los dos hablan a la vez. En el momento en que uno habla, el otro puede permanecer en silencio o interrumpirlo; si los dos callan, se abre un espacio que ocupan ambos al mismo tiempo, o al que sólo uno entra para, en alguna medida, acapararlo para sí y decir lo que quiere. El silencio del analista le da al paciente la oportunidad de hablar. No por casualidad, en alemán, la oficina del analista man-tiene el antiguo término de Sprechzimmer, es decir, locutorio o "pieza para con-versar" (en castellano la palabra "locutorio" se aplica sólo al lugar donde los mon-jes rompen el "gran silencio" de la clausura. El término especializado "consulta", o "consultorio", de la forma verbal latina consultum, se refiere al lugar donde se toma o se da consejo; nota de J.P. Jiménez).

Hay buenas razones para entregar la iniciativa al paciente y animarlo a iniciar el diálogo. Sin embargo, la distribución unilateral del hablar y del callar contradice las reglas de la comunicación cotidiana. Por eso, las desviaciones del curso del diá-logo esperado conducen a sorpresas, irritaciones y, finalmente, a perplejidad. Por ejemplo, si el analista se comporta muy pasivamente en las sesiones iniciales, ejerce una influencia inusualmente fuerte en el paciente cuyas expectativas se han formado en base a consultas médicas previas. El paciente espera preguntas acerca de sus molestias y sobre su historia, usualmente planteadas directamente, de ma-nera que él pueda ofrecer una información concisa. En la medida en que la con-versación se desvía de sus expectativas y de los patrones de habla y silencio carac-terísticos de la comunicación cotidiana, más grande es la sorpresa.

Estos breves comentarios aclaran que el silencio como herramienta puede tener efectos muy diversos (véase Aull y Streaan 1967). Es imposible dar una recomen-dación válida para todas las situaciones, ya que el que el silencio sea sentido como un rechazo o como un estímulo benevolente depende de muchas circunstancias. Lo más sorprendente de todo es que los psicoanalistas no sólo en las caricaturas se sientan silenciosos detrás del diván, sino que frecuentemente hacen del silencio una virtud, como si la profesión se guiara por el lema: "Hablar es plata, callar es oro".

Desde el punto de vista psicoanalítico, no sólo hay buenas razones para man-tener una actitud reservada en el diálogo y para no plantear al paciente preguntas inoportunas que le impidan llegar a los temas que a él realmente le preocupan. De este modo, el paciente puede ser invitado a dar los primeros pasos hacia la asocia-ción libre. A través de la reserva se lo puede motivar a intentar decir todo lo que lo presiona y es capaz de decir. A largo plazo, el silencio del analista promueve tam-bién la regresión del paciente, que no es un



fin en sí misma, sino que está para servir la terapia. Sólo por esto, la dosificación del silencio y del habla cobran una importancia eminente. En vista de la necesidad práctica de ser tan prudente con el silencio como con la palabra hablada, es inquietante que el callar se transforme en una estereotipia. No es infrecuente que esta estereotipia actúe de tal manera, que los analistas, ya en las entrevistas iniciales, son extremadamente reservados, como si se quisiera usar estas entrevistas como miniatura de análisis de prueba para ver si el paciente es adecuado para la terapia prevista.

Ciertamente es imprescindible, por razones diagnósticas y terapéuticas, que surjan pausas en las que el paciente tenga la posibilidad de exponer los temas que le son importantes. En éstas se puede, además, recoger las primeras impresiones sobre la capacidad del paciente para tolerar el silencio del analista.

Ya que nos oponemos a usar el método para medir la idoneidad del paciente y, en cambio, abogamos por una adaptación de éste a las circunstancias del paciente, debemos examinar por qué el silencio del analista pudo llegar a convertirse en una estereotipia. Creemos que las siguientes razones contribuyeron a esto: 1) La alta valoración de la asociación libre y de la regresión como procesos de curación en sí mismos. 2) La exagerada importancia atribuida al conocimiento de sí mismo como medio terapéutico. Por esto Freud, por ejemplo, recomendó retener las interpretaciones hasta que el paciente alcance, casi por sí mismo, la intelección de la relación hasta el momento inaccesible para él. En este sentido:

Meditamos con cuidado la elección del momento en que hemos de hacerlo [al paciente] consabedor de una de nuestras construcciones; aguardamos hasta que nos parezca oportuno hacerlo, lo cual no siempre es fácil de decidir. Como regla, posponemos el comunicar una construcción, dar el esclarecimiento, hasta que él mismo se haya aproximado tanto a éste que sólo le reste un paso, aunque este paso es en verdad la síntesis decisiva (Freud 1940a, p.178).

En esta recomendación se unieron, como un ideal, dos aspectos: a) perturbar lo menos posible al paciente, y b) la experiencia de que los insights logrados por uno mismo tienen más eficacia terapéutica que aquellos que son propuestos por el analista. La cita deja traslucir que hay un momento ideal, un punto de encuentro especialmente favorable entre lo interno y lo externo, y que de lo que se trata es que el analista encuentre el momento más oportuno para quebrar el silencio. De la contraposición entre callar y hablar surge la polarización entre callar e interpretar, si es posible, sin las etapas intermedias que naturalmente se dan en todo diálogo psicoanalítico, aunque ello no encaje muy bien con el cuadro ideal.

Llegamos así a un resultado sorprendente: mano a mano con la extrema estilización de la interpretación como la única forma posible de comunicación verbal del analista, se llegó a una valoración especialmente alta del silencio,

incluso a su mistificación. El guardar silencio se transformó en la fuente quieta, que pone a salvo y que sustenta, y donde tiene su origen la interpretación. Rechazamos la mistificación, aunque está más allá de toda duda que algunos acuerdos momentáneos entre paciente y analista se basan en una profunda comunicación inconsciente, como si el analista le quitara de la boca la interpretación al paciente, es decir, como si ambos tuvieran los mismos pensamientos. Estamos de acuerdo con Cremerius (1969), quien desaconseja un silencio basado simplemente en la costumbre, sin fundamento crítico. El silencio es una de las herramientas, una entre varias operaciones técnicas, que debe ser aplicada de acuerdo con la situación para promover el proceso analítico.

Estudiando el comportamiento de Freud en los casos de Dora y del Hombre de las ratas, Racker (1968) hace notar que "Freud interpreta constantemente, hace interpretaciones detalladas y a veces muy largas (hablando más o menos tanto como el paciente), y la sesión es un diálogo franco" (p.35; cursiva en el original).

La regla fundamental y su contrapartida, la atención parejamente flotante, como reglas técnicas, establecen un tipo especial de diálogo que en los procesos terapéuticos concretos raramente ocurre de manera tan asimétrica como parecen sugerir las discusiones teóricas sobre el tema. Los protocolos textuales de diálogos analíticos revelan que el analista participa activamente, aun cuando de acuerdo con la literatura de investigación empírica la proporción puramente cuantitativa de actividad verbal varíe entre 5:1 y 4:1 en favor del paciente. En esta evaluación, las pausas son generalmente consideradas parte del tiempo del paciente, puesto que se las subordina al veredicto de la regla fundamental, y también porque la cuestión de las intervenciones del analista no ha sido reglada formalmente.

Nosotros no aceptamos esta manera de ver las cosas, y creemos más apropiado considerar las pausas largas como una actividad discursiva común. Cuando el diálogo se agota, la regla fundamental resiste sólo durante cierto tiempo. En algún momento, el analista se enfrenta con la pregunta de si acaso él no debe romper el silencio. Durante los largos silencios, los procesos intrapsíquicos de ambos participantes no se quedan quietos, sino que siguen su curso. Cremerius (1969) ha señalado que los pacientes callan por una variedad de motivos, que abarcan todo el espectro de la teoría de las neurosis; de manera similar, puede haber muchas razones para que el analista no hable. Durante el silencio, los procesos de comunicación no verbal se manifiestan y son percibidos claramente por ambos participantes.

Cremerius (1969, p.98) informa de un paciente que se orientaba por la cantidad de fósforos que el analista usaba durante las pausas; pocas cerillas señalaban un silencio armónico; muchas eran indicio de un trastorno de la comunicación.

Una psicología del silencio, todavía rudimentaria, puede aportar a la técnica la posibilidad de diferenciar el nivel de la fusión entre sujeto y objeto del nivel de

la no aceptación de la comunicación. En ambos casos, la capacidad para seguir la regla fundamental encuentra sus límites. Nacht (1964) ve el silencio como una ex-periencia integrativa y mística, compartida por paciente y analista, y cree que este intercambio sin palabras puede representar la repetición de la experiencia (o una nueva experiencia) del estado de fusión y total amalgamamiento de las etapas tem-pranas de desarrollo. Con ello, Nacht vincula la idea de un cambio reparatorio, una cura a través el "amor pregenital" de Ferenczi, en cuya tradición debe ser situado.

En su crítica a una actitud de silencio extremo, como la recomendada por Reik (1927) en su obra *La significación psicológica del silencio*, Racker (1968) plantea que

Reik se limita a mostrar qué produce el silencio del analista en el paciente, señalando que la consecuencia más importante es que el paciente, bajo la presión del silencio, que desde un cierto momento en adelante es usualmente experimentado como una amenaza, comunica material hasta ese momento oculto, haciendo nuevas confesiones. Tenemos la impresión de que la actitud del analista silencioso está muy determinada por la idea de que la confesión como tal es un factor muy impor-tante, si no decisivo, en la cura, lo que representa una idea muy cristiana, pero no del todo psicoanalítica. Pues, de acuerdo con el psicoanálisis, lo que restaura la salud no es la confesión, sino el hacer consciente lo inconsciente, y para eso es necesario la interpretación. Hacer consciente lo inconsciente es, en cierto sen-tido, realmente una confesión, pero su esencia es la disolución de las resistencias a través del conocimiento. Al contrario, la técnica descrita por Reik, es decir, usar el silencio para obtener más confesiones, da la impresión de un método algo coercitivo, algo similar a un sitio militar. El analista identifica plenamente al pacien-te con sus resistencias, lo que no corresponde a su realidad psicológica, ya que el paciente también desea superarlas, etc. Más aún, ello tiene consecuencias nefastas para la mantención de la importante transferencia positiva real, la que es reemplaza-da por la transferencia persecutoria 'idealizada' (o por una intensificación de ésta). En cualquier caso, el silencio del analista es una forma de actuación. Inter-pretar también es actuar. Sin embargo, en tanto estimemos la interpretación como el instrumento para restaurar la salud par excellence, debemos considerar el silen-cio como opuesto al interpretar, es decir, como 'actuación' y no interpretación. Por otro lado, existe un acuerdo más o menos generalizado de que el analista no debe recurrir a la actuación (por ejemplo, exigiendo o prohibiendo, ejerciendo presión colocando una fecha de terminación del tratamiento, o -yo agregó- hacien-do uso prolongado del silencio), a menos que todos sus esfuerzos interpretativos no hayan conducido al resultado deseado (Racker 1968, pp.35-36; cursiva en el original).

La renuncia a la interpretación como agente de cambio es también cercano al punto de vista de la psicología del yo, como lo señala Calogeras (1967), a propósito del tratamiento de una paciente que permanecía crónicamente en silencio. Sin embargo, consideramos que la argumentación detallada en favor de la introducción del parámetro "renuncia a la regla fundamental" es uno de aquellos ejemplos que discutimos en la exposición sobre el modelo técnico ideal (capítulo 1). En el mismo sentido, Loewenstein (véase Waldhorn 1959), Zelig (1960) y Moser (1962) abogan por permitir que el paciente calle el tiempo que él necesite. La directiva de Freud también es válida en este caso: todos los pasos técnicos deben dirigirse a la creación de las condiciones más favorables para el yo.

Además de los aspectos generales de las funciones y consecuencias del silencio del analista, queremos discutir, de manera especial, el tema de poder e impotencia en la relación psicoanalítica. En este respecto, somos de la opinión de que cuando el silencio del analista es ejercido como estereotipia, e interrumpido abruptamente por las interpretaciones, que probablemente están muy lejos de lo que ha ocupado la atención del paciente durante la prolongada pausa, se siguen consecuencias desfavorables para la polarización, entre paciente y analista, de impotencia y omnipotencia. Ofrecemos a continuación un ejemplo, compuesto en base a notas del analista sobre el contexto de la interpretación, que fue trabajado exhaustivamente por sus autores, bajo el punto de vista del análisis del discurso:

Un análisis prolongado. La paciente calla mucho y largo. Hasta el momento no hay comprensión satisfactoria de su conducta. Un día, cuenta que a menudo su madre callaba tanto rato, que este silencio siempre anunciaba calamidades y que la asustaba. Después que la paciente calla largo rato, se ofrece la siguiente interpretación:

A: Ud. me anuncia calamidades y quiere asustarme, igual como su madre lo hacía cuando callaba.

La paciente asiente con la interpretación, pero a continuación calla largo rato. Más tarde, dice que la interpretación la hirió (treffen) mucho, porque tuvo que re-conocer que, en algunos aspectos, es semejante a su madre, que odia intensamente (Flader y Grodzicki 1982, pp.164-165).

Ya que con este ejemplo queremos documentar nuestra tesis de que, precisamente, la combinación de silencio obstinado por parte del analista seguido por interpretaciones transferenciales súbitas conduce a una polarización de omnipotencia e impotencia, debemos destacar que los autores creen proponer, en este caso, un buen ejemplo de interpretación transferencial, en el que los mecanismos del discurso psicoanalítico pueden ser puestos de relieve. "En el citado ejemplo de una interpretación transferencial, la paciente primero aceptó la interpretación y después recayó en el silencio,

probablemente con propósitos de asimilación" (Flader y Grodzicki 1982, p.173).

No compartimos esta interpretación favorable de la reacción de la paciente. Sin tomar en cuenta el hecho de que la directa puesta en relación del informe sobre la madre y el silencio subsiguiente de la paciente se vinculan con el mecanismo de defensa de identificación con el agresor -ella actúa como su propia madre y trata al analista como el niño que ella era-, la inmediata confirmación de la interpretación implica, ciertamente, un rápido sometimiento a la intervención directa del terapeuta. Interpretar el largo silencio subsiguiente como procesamiento silencioso, no se aviene con los criterios de Isaacs para las reacciones positivas frente a las interpretaciones. De hecho, puede que se trate de un silencio de procesamiento, pero para procesar más bien la consternación de verse súbitamente en la misma barca que la odiada madre.

Correspondientemente, en las notas del analista se lee que la interpretación "hirió (treffen) mucho" a la paciente, y no que la conmovió (be-troffen machen). Tomamos en serio estas pequeñas diferencias lingüísticas, especialmente cuando tal pasaje es presentado por un equipo compuesto por un lingüista y un psicoanalista. También hemos elegido este ejemplo, porque nos recuerda nuestras propias malas experiencias con esta técnica.

El silencio del analista y la toma de conciencia súbita de la respuesta a la pregunta que el paciente no ha planteado -en el ejemplo anterior: "¿qué estoy haciendo realmente y qué quiero ahora de verdad?"- pueden conducir así a la polarización entre impotencia y omnipotencia, tanto en lo bipersonal como en lo intrapsíquico. El analista llega a ser omnipotente y el paciente impotente; las fantasías inconscientes de omnipotencia se ven reforzadas en la medida de las humillaciones y re-bajamientos sufridos en la situación analítica. Siempre que un ser humano es llevado a una situación de omnipotencia y desamparo -sea por la denegación de una satisfacción vital, sea mediante alguna otra afrenta a sus sentimientos de sí-, se inician intentos de reparación, simultáneamente o con algún aplazamiento.

Las experiencias de impotencia pueden ser compensadas con fantasías de omnipotencia. La actitud omnipotente patológica es, de regla y a diferencia de las fantasías pasajeras de omnipotencia que son familiares a todo ser humano, un intento desesperado de defenderse contra el dominio y la arbitrariedad apabullantes. La polarización que sigue al silencio estereotipado y a las interpretaciones súbitas, no es inmediatamente comparable con la situación de los niños, aun cuando en el curso del desarrollo normal ellos también experimentan impotencia y una distribución desigual del poder entre adultos y niños y tienen fantasías grandiosas compensatorias.

En realidad, debemos ir más allá y plantear la pregunta de si acaso esta analogía no puede causar, precisamente, graves afrentas adicionales.

Específicamente, si el analista ve estas fantasías compensatorias como percepciones distorsionadas derivadas de la transferencia, está rehusando aceptar la crítica del paciente a su silencio extremo. Se agrega además que, a

menudo, el próximo paso es interpretar las fantasías compensatorias de grandeza y omnipotencia como consecuencias de un narcisismo infantil aún activo.

Tenemos entonces toda la razón para conformar la situación analítica de tal modo, que la polarización entre impotencia/omnipotencia no se desplace en favor de fantasías omnipotentes en el curso de la regresión terapéutica.

¿Cómo puede un paciente entender que su comportamiento, por ejemplo su silencio, constituye una pregunta, y que la interpretación del analista es una respuesta adecuada a ella? Flader y Grodzicki (1982) pusieron de relieve que el analista puede detectar el deseo o motivo contenido en el silencio del paciente sólo transgrediendo las reglas de la comunicación cotidiana. De manera semejante, Schröter (1979) describió las interpretaciones como negaciones de las formas cotidianas de interacción:

Las interpretaciones son comentarios del analista a expresiones y acciones del paciente. A través de ellas, él intenta interpretar su sentido inconsciente o, específicamente, las fantasías inconscientes, los deseos y las ansiedades insinuados en estas expresiones y acciones. Con esto, el paciente es implícitamente definido como alguien que no sabe completamente lo que dice, por lo menos en lo que al sentido interpretado se refiere (1979, pp.181-182).

#### Medios, vías y fines

##### La actuación

Si Schröter mismo nota que el paciente experimenta esto como muy extraño, anormal, o incluso amenazante, la máxima técnica debe decir que las desviaciones de la comunicación cotidiana deben dosificarse de acuerdo con sus efectos en el proceso analítico. En esta recomendación, resumimos nuestra experiencia de que todo paciente -no sólo aquellos con trastornos narcisistas de personalidad- reacciona con una susceptibilidad excepcional frente a transgresiones de la forma normal de diálogo cotidiano, en especial cuando se siente necesitado de ayuda. Schröter (1979, p.181) nota que muy a menudo las interpretaciones son sentidas como críticas, afrentas o desvalorizaciones; nosotros ampliamos esta observación, *mutatis mutandis*, hasta incluir el silencio. Por lo tanto, la tarea técnica es encontrar un tipo de conducción de diálogo que mantenga los efectos desfavorables en el mínimo posible.

## 8.6 La actuación

La problemática de la acción en psicoanálisis y la generalizada valoración negativa de la actuación (*Agieren*) dejan en claro que nos es más fácil tratar con palabras que con los hechos. A pesar de algunos esfuerzos de dar a la actuación un trato adecuado, por ejemplo, mirándola desde la psicología evolutiva y la psicodinámica, no ha cambiado para nada el que el concepto siga

siendo considerado expresión de comportamientos indeseables, y que incluso pueden poner en peligro el análisis mismo. Fenómenos específicos de la situación analítica han hecho necesario el concepto y le han dado una connotación negativa.

Debemos analizar por qué la actuación aparece y por qué se la considera una perturbación. Dicho de otra manera: ¿Qué comportamientos evalúa el analista negativamente, en el sentido de "actuaciones"? La elección de esta formulación apunta al hecho de que el analista ejerce, en este punto, una influencia fundamental (incluyendo los factores que él toma como dados, como son el encuadre, las normas establecidas, la regla fundamental), aunque, en apariencia, sea sólo el analizando quien cuestione o rechace las reglas de juego acordadas y se aparte de la configuración deseada de diálogo y de relación, esto es, con palabras y a través del recordar.

Freud descubrió el fenómeno que llamó actuación en relación a la transferencia de Dora, y lo describió en Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905e). Sólo después del trabajo Recordar, repetir y reelaborar (1914g), ocupó un puesto significativo en la técnica psicoanalítica. En ese estudio, la actuación es derivada de la situación analítica y de la transferencia. Freud compara la técnica psicoanalítica con la hipnosis, menciona varias complicaciones, y continúa:

Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace (Freud 1914g, pp.151-152; cursiva en el original).

Por esto, Kanzer (1966, p.538) habla de la "esfera motora de la transferencia". La expresión "actuación" (Agieren) mezcla dos significados, que Laplanche y Pontalis (1972, p.46) ponen de relieve: la actualización en la transferencia y el recurso a la acción motora. Esta combinación se relaciona con el descubrimiento del concepto en el caso Dora y con el modelo de los procesos cognitivo-afectivos en su relación con la motilidad. La estructura del aparato mental deja transcurrir los procesos mentales, en general, "desde el extremo de la percepción hacia el de la motilidad" (Freud 1900a, p.531).

En relación a las mociones de deseo inconscientes, Freud comenta que "el hecho de la transferencia como las psicosis nos enseñan que [las mociones de deseo inconscientes] querrían irrumpir por el camino que a través del sistema del pre-consciente lleva hasta la conciencia y hasta el gobierno de la motilidad" (1900a, p.559). Además de esto, también expresiones afectivas y no verbales en la situación analítica pueden calificarse como actuación, lo que origina una confusión que muchos autores han señalado (Greenacre 1950; Ekstein y Friedman 1959; Rangell 1968; Scheunert 1973).

Laplanche y Pontalis (1972, p.36) lo dicen así:

Pero en la medida en que Freud, como hemos visto, describe incluso la transferencia al analista como una modalidad de actuación, fracasa en diferenciar clara-mente o en mostrar las interconexiones entre los fenómenos de repetición en la transferencia, por un lado, y las manifestaciones de actuación, por el otro.

En su obra tardía, Freud acentúa predominantemente la conexión entre recordar y actuar (1940a, p.176): "[El paciente], por así decir, actúa ante nosotros, en lugar de informarnos". Ciertamente, la actuación ocurre también fuera de la transferencia como tal:

Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la com-pulsión de repetir, que le sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida -por ejemplo, si durante la cura elige un objeto de amor, toma a su cargo una tarea, inicia una empresa- (1914g, p.153).

La actuación no sólo se relaciona con el recordar y el repetir, sino que también tiene significados y funciones que hacen que una mera diferenciación y clasificación técnica aparezca como insuficiente. Por eso, Laplanche y Pontalis (1972, p.36) han recomendado una reconsideración de las teorías psicoanalíticas de la acción y de la comunicación, que, en nuestra opinión, debiera incluir los siguientes tópicos: abreacción y control de afectos e impulsos; ciego "vivir la vida" y acción intencional; descarga motora y acciones altamente organizadas, tales como el juego y las representaciones escénicas, la estructuración de relaciones, los esfuerzos creativos, y otras maneras de resolver tensiones y conflictos por medio de cursos diferenciados y complejos de movimiento y acción; la actuación como resultado y solución de posibilidades de defensa y adaptación en el repertorio de un individuo en relación con su ambiente.

Hay una gran cantidad de condiciones inconscientes que pueden intensificar la tendencia a actuar. Estas incluyen traumas tempranos con una capacidad de simbolización deficiente, ya que la memoria y el recordar se asocian a la adquisición de símbolos verbales, que, a su vez, conducen a una estructura utilizable del aparato de recuerdos (Blos 1963). Trastornos del sentido de realidad, sensibilización visual, fijación en el nivel de la "magia de la acción", son diversos tipos de condiciones que ponen el énfasis en un lenguaje de acción en contraste con el lenguaje verbal. Al mismo tiempo, las fantasías y las acciones son medios preverbales de comunicación y de solución de problemas. Las acciones pueden producir un sentimiento de modificación de sí mismo más intenso y más inmediato que las palabras, y también es mayor la posibilidad de influenciar la realidad externa y el mundo de los objetos. El actuar puede tener la función de dominar las tensiones y de producir o restituir el



sentimiento de rea-lidad. Finalmente, la actuación representa una posibilidad de utilizar el mundo ex-terno en el sentido del logro de placer sin miramientos (Blos 1963).

El actuar puede estar al servicio de la defensa frente a deseos de pasividad y a las angustias asociadas a ellos, pero también al servicio de la anulación de vivencias de impotencia y de desamparo traumático.

Blos (1963) describe la actuación como una solución común y apropiada para los problemas de separación en la adolescencia. El empobrecimiento del yo que re-sulta del retiro de la libido de los objetos (parentales) importantes, es compensada con la investidura exagerada del mundo externo y de las posibilidades de inte-racción con él (lo que, naturalmente, es fuente de nuevas experiencias). En nuestra opinión, esta experiencia arroja igualmente luz sobre el papel de la actuación du-rante las separaciones, como también en los avances del desarrollo y la consecuen-te despedida del pasado. La relación de la actuación con los conflictos de separación ha sido también destacada por Grinberg (1968) y Zac (1968).

La lista de significados y funciones de la actuación podría continuarse indefinidamente. Ella muestra la múltiple significación del concepto y la dificultad de una definición técnica. Por esta razón, Boesky (1982, p.52) propuso hablar de actua-ción sólo en el contexto del repetir y del reelaborar. Nos hemos referido a sus di-versos significados, porque creemos que un entendimiento diferenciado del actuar posibilita su aceptación e integración, fuera y dentro de la situación de trata-miento, y, de este modo, hacerlo accesible a la elaboración terapéutica. Al mismo tiempo, se restringe con eso la significación negativa a los comportamientos que tienen fundamentalmente consecuencias destructivas y que están al servicio de la desmentida (Verleugnung) y de la confusión, o que amenazan seriamente la coope-ración terapéutica. El mero hecho de que se trate de un proceso que grava la capa-cidad y la tolerancia del analista, no debiera llevar a una valoración negativa. En esto, es secundario que tales conductas o reacciones sean habituales o accidentales en el caso individual. Expresado en términos técnicos, diríamos que son las interpretaciones -y no las valoraciones y las reglas- las que debieran ser el medio primario para mantener la actuación dentro de los límites de la transferencia y al servicio de la resistencia, de tal modo que sea posible un proceso terapéutico fructífero. Por razones prácticas y prescriptivas, Freud se atuvo a que "en el tratamiento analítico no ocurre otra cosa que un intercambio de palabras entre el analizado y el médico" (Freud 1916-17, p.14). La palabra es el distintivo del tratamiento psico-analítico. Por razones teóricas muy determinadas, Freud pensaba que el propósito del yacer en el diván era bloquear el campo expresivo-motor de la vivencia y de la conducta: por la limitación del movimiento, quería interrumpir la descarga hacia afuera e incrementar la presión hacia adentro, con el objeto de facilitar el recordar. La abstinencia y la frustración deberían aumentar la presión interna y reavivar recuerdos retroactivos.

Ya que la regresión promueve el fantasear, el resultado es una cierta tendencia a actuar, a repetir a través de la actuación, que se opone a la exigencia de verbalizar y de probar las acciones en el pensamiento. En la transferencia se repiten senti-mientos infantiles, conflictos y fantasías, pero se supone que el yo del analizando debe funcionar en condiciones maduras de verbalización e introspección; condiciones que determinan el curso y la vitalidad del análisis. El aumento de la tensión (el incremento de la presión que resulta, por abstinencia y frustración, de la reducción en la esfera de la acción) allana el camino a los medios de expresión regresivos (descarga, acomodación, defensa). Ya que el lenguaje mímico es más difícil en la posición decúbito y también falta el contacto visual, el habla es el medio primario de comunicación. Este no es, sin embargo, un sustituto totalmente efectivo para las tendencias reprimidas o inhibidas hacia la acción. Blum (1976) cita, concretamente, vivencias preverbales que, igual que determinados afectos, sensaciones y estados de ánimo, no pueden ser expresados adecuadamente por medio de palabras.

La conclusión es que no puede haber análisis sin un cierto grado de actuación (Rosenfeld 1965). Es imposible expresar en palabras todos los aspectos de la experiencia (y de la neurosis). Boesky (1982) considera la actuación como el potencial para actualizar, inherente a la neurosis de transferencia.

El escepticismo que, a pesar de todo, sigue existiendo frente a la actuación, debiera asociarse, entonces, con su descubrimiento y descripción en el caso Dora, específicamente, con la interrupción del tratamiento por la paciente. Queremos ahora centrar nuestra atención en esta descripción, para ilustrar puntos de vista actuales. El análisis de Dora, en el año 1900, duró sólo once semanas.

Desde el comienzo fue claro que en su fantasía yo hacía de sustituto del padre, lo cual era facilitado por la diferencia de edad entre Dora y yo. Y aun me comparé conscientemente con él; buscaba angustiosamente asegurarse de mi cabal sinceridad hacia ella, pues su padre "prefería siempre el secreto y los rodeos tortuosos". Después, cuando sobrevino el primer sueño, en que ella se alertaba para abandonar la cura como en su momento lo había hecho con la casa del señor K., yo mismo habría debido tomar precauciones, diciéndole: "Ahora usted ha hecho una transferencia desde el señor K. hacia mí. ¿Ha notado usted algo que le haga inferir malos propósitos, parecidos (directamente o por vía de alguna sublimación) a los del señor K.? ¿Algo le ha llamado la atención en mí o ha llegado a saber alguna cosa de mí que captive su inclinación como antes le ocurrió con el señor K.?" Entonces su atención se habría dirigido sobre algún detalle de nuestro trato, en mi persona o en mis cosas, tras lo cual se escondiera algo análogo, pero incomparablemente más importante, concerniente al señor K. Y mediante la solución de esta transferencia el análisis habría obtenido el acceso a un nuevo material mnémico, probablemente referido a los hechos. Pero yo omití esta primera advertencia; creí que había tiempo sobrado, puesto que no se establecían otros

grados de transferencia y aún no se había agotado el material para el análisis. Así fui sorprendido por la transferencia y, a causa de esa x por la cual yo le recordaba al señor K., ella se vengó de mí como se vengara de él, y me abandonó, tal como se había creído engañada y abandonada por él. De tal modo actuó un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura. No puedo saber, desde luego, cuál era esa x: sospecho que se refería a dinero, o eran celos por otra paciente que tras su curación siguió vinculada a mi familia. Cuando en el análisis es posible replegar tempranamente las transferencias, su curso se vuelve más oscuro y se retarda, pero su subsistencia queda mejor asegurada frente a resistencias repentinas e insuperables (Freud 1905e, pp.103-104).

Si consideramos la descripción de Freud de la actuación de Dora de acuerdo con el estado actual del conocimiento, debemos admitir que Freud estuvo dispuesto a esperar, a causa de su sobrevaloración de las huellas mnémicas inconscientes en relación con la significación de los factores desencadenantes de la transferencia en la situación analítica, lo que en este caso tuvo consecuencias negativas. Después de la interrupción del análisis, practica la autocrítica: ¿no habrá notado algo la paciente, en él, que la haya hecho desconfiar, como con el señor K.?; o, ¿No le llamó algo la atención, en él, que haya cautivado su inclinación, como antes le ocurriera con el señor K.?

En base a análisis retrospectivos y catamnéticos del caso Dora, Deutsch (1957), Erikson (1964) y Kanzer (1966) consideran probable que su actuación haya sido motivada por contingencias de la situación, lo que Freud con posterioridad destaca, aunque en 1905 no haya sacado conclusión alguna de este hecho.

Freud iba tras la búsqueda de las fantasías sexuales de esta muchacha histérica, que se había enfermado después de dos intentos de seducción por el señor K. El trató de sondear la "verdad" inconsciente de sus fantasías (en último término incestuosas). Los recuerdos de Dora parecían apoyar tales suposiciones sobre su acaloramiento y sus diversas sensaciones ocasionadas por el vehemente rechazo de los intentos de seducción.

Dora, empero, estaba ocupada con otra verdad: ella quería probar la falta de sinceridad de su padre y sus allegados. Este mantenía una relación secreta con la mujer del señor K., que sin embargo Dora conocía, y, al pedir la hora para su hija en el consultorio de Freud, había destacado que Dora sólo se imaginaba sus escenas con el señor K. Lidz y Fleck (1985, pp.444ss) han reinterpretado el historial clínico de Dora bajo el punto de vista de la dinámica familiar. Ellos muestran en detalle que Freud, en contra de sus propias metas (Freud 1904, p.18), no puso la atención debida a las relaciones puramente humanas, sociales y familiares. Estos autores plantean una serie de preguntas, que en conjunto indican que Freud subestimó las consecuencias de las complicadas relaciones familiares de Dora en sus vivencias y en su enfermedad. Por ejemplo, Freud no consideró en el historial clínico el hecho de que el padre de Dora violó

repetidamente la frontera entre las generaciones, primero usando a su hija como sustituto de su esposa y luego, como medio para distraer al señor K, el marido de su amante. Lidz y Fleck plantean otras preguntas en conexión con el concepto de frontera generacional, y llegan a la conclusión de que los padres de Dora, en colusión con el señor y la señora K., violaron repetidamente tal frontera.

Erikson ofrece el siguiente resumen del problema que resulta del hecho de que Dora y Freud andaban tras la búsqueda de verdades diferentes:

Pero si en la incapacidad de la paciente de estar de acuerdo con su tipo de verdad, Freud vio primariamente la acción de esfuerzos pulsionales reprimidos, cierta-mente también notó que Dora, igualmente, iba tras la búsqueda de algún tipo de verdad. Le intrigaba el hecho de que la paciente estuviera "casi fuera de sí con la idea de que se supusiera que ella había sólo imaginado" las condiciones que la habían enfermado; y de que "angustiosamente buscara asegurarse si acaso yo era totalmente sincero con ella". Recordemos aquí que el padre de Dora había pedido a Freud "que la hiciera entrar en razón". Freud debía hacer que su hija dejara de hablar de los intentos de seducción del señor K. El padre tenía buenas razones para desear esto, pues la mujer del señor K. era su propia amante, y él parecía estar dispuesto a ignorar las indiscreciones del señor K., si esto significaba no ser molestado en lo suyo. Por esto, era altamente inconveniente que Dora insistiera en enfermarse por su papel de objeto de trueque erótico. Me asombra que muchos de nosotros nos dejemos llevar sin protestar, hasta el día de hoy, por la afirmación de Freud de que una muchacha de catorce años no debería haber considerado, en tales circunstancias, los avances del señor K. "como faltos de tacto, u ofensivos". La naturaleza y seriedad de la reacción de Dora la convierte en la clásica histérica de su tiempo; pero su motivación para enfermarse, y su falta de motivación para mejorarse, parecieran actualmente gritar por consideraciones psicológico-evolutivas. Quisiera desarrollar algunas de ellas.

El informe de Freud indica que Dora estaba no sólo preocupada de la verdad histórica, sino también de su reconocimiento público, mientras que su doctor insistía en la verdad genética que estaba detrás de sus síntomas. Al mismo tiempo, quería que su doctor fuera "veraz" en la relación terapéutica, esto es, que tuviera fe en ella, en sus términos, más bien que en aquellos de su padre o de su seductor. Que su doctor le tuviera fe en términos de su ethos investigador, es algo que probable-mente Dora hasta cierto punto apreciaba; después de todo, ella volvió. Pero, ¿por qué entonces lo confrontó con el hecho de que había confrontado a sus padres con la verdad histórica? (Erikson 1962, pp.455s).

Evidentemente, a Dora le interesaba la propia estimación y su realización. En base a su experiencia con adolescentes, Blos (1963) escribió que la actuación

tiene una importante función en aquellos casos en que los allegados han ocultado la realidad al niño de manera traumática. La actuación está entonces al servicio de la restauración del sentido de realidad. Sólo que después que un tratamiento ha sido interrumpido es imposible elaborar la función de la actuación. Con todo, el curso descrito en el epílogo muestra que haber mostrado interés en la solicitud de Dora, habría disminuido el riesgo de actuar o de interrumpir el tratamiento. Su actuación fue condicionada por una falla en la actitud, es decir, en su enfoque del caso. En la situación especial de tratamiento, que Freud mira en retrospectiva autocrítica, su error fue de falta de interpretación.

¿Qué conclusiones sacó Freud del momento terapéutico que precedió a la actuación de Dora, a su falta no anunciada? Dora había escuchado, sin hacer ninguna de sus objeciones usuales, cuando Freud trató de interpretar en un nivel más profundo el intento de seducción del señor K. y su rabia porque esta escena fuera considerada como imaginaria: "Ahora se qué es lo que no quiere que le recuerden: que usted imaginó que el cortejo iba en serio y el señor K. no cejaría hasta que usted se casara con él". Dora "parecía conmovida; se depidió de la manera más amable, con cálidos deseos para el próximo año y... no regresó". (Freud 1905e, pp.95-96). Freud atribuyó entonces la rabia de Dora a que ella se sintió pillada en un deseo secreto, cuando él habló de imaginarse escenas.

Sólo que en 1900 Dora era una muchacha de aproximadamente 18 años, en plena fase adolescente de separación, que se encontraba en una etapa de desarrollo en la que hoy diríamos que la actuación (incluso de interrupciones de tratamiento) no es algo infrecuente y, más aún, en la que ésta tiene una importante función en el desarrollo, similar a las acciones de prueba. Es cierto, sin embargo, que la interrupción del tratamiento debe ser juzgada de manera diferente que las formas de actuación que no amenazan la colaboración terapéutica ni que están al servicio de la desmentida (*Verleugnung*).

En este punto, sigue sin respuesta la cuestión de si aun la interrupción del tratamiento puede constituir, en algunas circunstancias, un tipo de actuación que represente para un paciente la posibilidad de acción adecuada (y no sólo de actualización de un conflicto inconsciente). Una única consulta posterior, por una "neuralgia facial", un año después, no cambió en nada la decisión de terminar el tratamiento. Aun así, pensamos que Dora hizo de la interrupción una terminación ("se me presentó para poner fin a su historia [...]"; Freud 1905e, p.105), y comunicó a Freud lo suficiente como para hacer posible sus conclusiones de entonces y las nuestras actuales. Para la Dora de 18 años de edad, parece haber sido una importante decisión no continuar el tratamiento sino aclarar sus objetivos conscientes.

Son pues, sobre todo, las consecuencias de una acción las que la transforman en una actuación no deseada, sean éstas (inconscientemente) premeditadas o no. Las consecuencias son también la razón de la típica recomendación, antes muy

frecuente, de que el analizando no tome ninguna decisión de vida durante el análisis (Freud 1914g). En análisis cortos, que sólo duraban meses, puede tener sentido la recomendación de aplazar, o de mantener en suspenso, decisiones importantes, especialmente cuando con eso no se quiere significar nada más que una exhortación a la reflexión.

En la actualidad, tal intromisión es sospechosa. En cualquier caso, es indispensable que se considere cuidadosamente las consecuencias de tales sugerencias directas o indirectas. Las reglas que se establecieron para contrarrestar la actuación pueden tener un efecto contrario y conducir, dentro o fuera de la situación analítica, a conductas sustitutivas motivadas inconscientemente, difíciles de controlar. De esta manera, el suceder analítico se separa inevitablemente del conflicto trans-ferencial, y los desencadenantes independientes, que resultan de la relación psico-analítica actual (por ejemplo, la desilusión de Dora de Freud), ganan, aún más, en importancia.

Por razones de su concepción teórica, Freud tuvo que llegar a la asunción de que la actuación se asocia tan íntimamente a la repetición, que descuidó su propia observación autocrítica sobre la génesis actual de la desilusión y de la actuación en la relación con Dora.

Hoy en día estamos más alertas, pues sabemos que la concepción teórica (de que la emocionalidad y la acción motora preceden al recordar) se opone al modelo técnico (la prioridad del recordar). A mayor abundamiento, el incremento en la duración del análisis puede promover regresiones asociadas con el predominio de modos preverbales y no verbales de comunicación y acción. En la historia de la técnica analítica, esta tensión ha encontrado su expresión en la discusión sobre las funciones terapéuticas de la experiencia y del recordar, empezando por el libro de Ferenczi y Rank (1924), pasando por el "nuevo comienzo" de Balint (1934) y llegando hasta nuestros días (véase Thomä 1983a, 1984).

El énfasis puesto en la repetición en la transferencia y en su resolución por interpretación, ha descuidado el lado innovativo y creador de la actuación (especialmente dentro de la situación analítica). Balint describe estos importantes componentes en el contexto del "nuevo comienzo". Visto históricamente, esto sancionó la actuación en el caso individual (aunque bajo otro nombre).

La desatención del lado innovativo puede conducir a que el paciente se vea involuntariamente forzado a formas de actuación "ciegas" fuera del análisis. Está más allá de toda duda que "es muy indeseable para nosotros que el paciente, fuera de la transferencia, actúe en lugar de recordar; la conducta ideal para nuestros fines sería que fuera del tratamiento él se comportara de la manera más normal posible y exteriorizara sus reacciones anormales sólo dentro de la transferencia" (Freud 1940a, p.178-179; cursiva en el original). Pero si la actuación en la situación analítica, y precisamente en la transferencia, precede al recordar, y, desde un punto de vista genético, pertenece a capas más antiguas, el recordar se puede alcanzar sólo en un

segundo paso. Si éste se da primero en el análisis, entonces faltará la profundidad afectiva. Dentro de la situación analítica, resultarán entonces predominantemente reconstrucciones racionales, mientras que fuera se actuarán las emociones.

Bajo el término de acting in, esto es, actuación en la situación psicoanalítica, Zelig (1957) entiende todas las comunicaciones no verbales que se llevan a cabo dentro del análisis. Si se pone límites al acting in, lo que puede lograrse mediante el proceso de entenderlo e interpretarlo, y a través de una técnica y de una actitud adecuadas, es posible incorporarlo mucho más fácilmente en la interpretación que la actuación fuera del análisis, y de este modo conducir al insight y al cambio. En este sentido, la actuación se acerca al cambio que Balint describió como "nuevo comienzo". Mientras que la valoración negativa de la actuación se asoció teóricamente con la repetición, que se suponía debía superarse por medio del recordar y del insight, desde el punto de vista de la práctica, queda ahora claro que el actuar como acting in es, no sólo inevitable, sino que más bien deseable. En el tratamiento sucede mucho más que un intercambio verbal: la comunicación no verbal no se detiene, a pesar de las limitaciones que las reglas imponen a la esfera de la acción. No solamente con los pacientes regresivos, sino con todos, al analista no le queda más que "aceptar la actuación como un medio de comunicación" (Balint 1968, p.178).

Las ventajas singulares del método interpretativo psicoanalítico no corren peligro si las condiciones del diálogo se estructuran de una manera que el analista exprese su comprensión por la actuación. En esto existe un amplio margen para variaciones, lo que queda demostrado con el hecho de que Eissler (1950) pensó que es imprescindible adoptar cualquier modificación que esté al servicio del cambio estructural.

Las distintas maneras de estructurar la atmósfera de la situación analítica y el diálogo verbal, sean éstas flexibles o rígidas, deben ser estudiadas en sus efectos. La privación alcanza en la técnica reflectora neoclásica pura una intensidad especial. Según la teoría, con ello tendrían que salir a la luz recuerdos especialmente fructíferos. Frecuentemente sucede precisamente lo contrario: la actuación antite-rapéutica alcanza a menudo niveles inquietantes. La restricción de la comunicación psicomotora y sensorial al intercambio verbal con alguien que no se ve y que se esconde en el anonimato, es contrario a la naturaleza humana. Las presentaciones que se hacen de sí mismo están libradas a las retroalimentaciones positivas y negativas moduladas emocionalmente, y habitualmente emplean todos los sentidos y percepciones subliminales. No se puede negar que la sobrevaloración del recordar, con el descuido subsecuente de las sensaciones ligadas al yo corporal -que también pueden sobrevenir en el diván como rudimentos, por ejemplo, como ganas de moverse-, estimula la actuación maligna. En tales actuaciones, sean dentro o fuera de la situación analítica, los pacientes buscan, con todos sus recursos, reconocimiento de sus sentimientos de sí corporales que no han sido registrados ni nombrados. Por lo demás, éstos se asocian estrechamente con el

recordar, desde el momento en que los síntomas corporales suelen "meter baza" (mitsprechen) en medio del diálogo (Freud 1895d). La parcelación en la teoría entre el "recordar" y el "actuar" suspendió esta asociación originaria. Ya que el actuar implica las experiencias corporales, es lógico que este término se use para describir la conducta no verbal o no reflexiva.

Medios, vías y fines

La reelaboración

Con todo, las connotaciones negativas de la actuación son demasiado fuertes como para poder ser reducidas con un adjetivo corrector (por ej., actuación benigna). El actuar benigno debiera pues ser terapéuticamente bienvenido. Sin embargo, es muy improbable que la mayoría de los analistas respondan con un "sí" a la pregunta siguiente: "¿Es la actuación para usted algo deseable?" De ello hay que deducir que este concepto ocupa un lugar bien establecido y del que no será desalojado agregándole algún adjetivo calificativo. Ya hemos nombrado y discutido algunos fundamentos teóricos y técnicos para esta actitud negativa, es decir, para el miedo que muchos analistas le tienen al actuar. Sospechamos que una de las razones más importantes para esta valoración es el hecho de que la conducta "actuada" -con sus rasgos impulsivos, complejos, corporales y regresivos, que a menudo resultan de motivaciones inconscientes difíciles de avistar- coloca al analista, como persona y en su papel de tal, frente a exigencias considerables.

Es por eso esencial que los analistas evalúen de manera realista su competencia y que guarden un sentimiento de seguridad en la situación terapéutica. Un aspecto de esto es la necesidad que tiene el analista de tener una visión global de lo que está pasando en el análisis, a través de la limitación del número de variables y de las posibilidades de expresión. Esta visión es un requisito del tratamiento, y el paciente tiene derecho a exigirla.

El que el analista permita la actuación, la manera como trabaje con ella en la situación analítica y como posibilite nuevas soluciones, depende, probablemente en gran medida, de la capacidad y de la flexibilidad con que da cabida a, y considera, no sólo el pasado patógeno, sino, antes que nada, el presente de la relación analítica. Esto es, la capacidad de estar abierto a los fenómenos del encuentro presente, a las formas de conducta, representaciones y sensaciones actuales, mucho más difíciles de poner en palabras en el "aquí y ahora" que las repeticiones del pasado. Siguiendo el principio de poner atención a la dinámica actual y a las representaciones y afectos más cercanos a las vivencias, se puede lograr reconocer mejor el pasado y, a su vez, hacer el presente "más presente", es decir, más libre del pasado.

## 8.7 La reelaboración

Desde los Estudios sobre la histeria, la reelaboración ocupa un lugar destacado en la práctica de Freud. La reelaboración terapéutica se fundamenta en la



determinación múltiple de los síntomas y en el "estrechamiento de la conciencia":

Nunca puede ingresar en el yo-conciencia (Ich-Bewußtsein) más que un único recuerdo; el enfermo, ocupado en la reelaboración (Durcharbeitung) de ese solo, no ve nada de lo que esfuerza detrás y olvida lo que ya ha pasado (Freud 1895d, p.296).

Ya en aquel entonces el procedimiento terapéutico fue concebido de manera causal: cuando los recuerdos patógenos y los afectos correspondientes alcanzan la conciencia, y allí son puestos al día (Aufarbeiten) y reelaborados, los síntomas que dependen de ellos quedan definitivamente tramitados. La oscilación en la intensidad que sufren los síntomas durante la terapia, como también su resolución última, fueron explicados por el trabajo de tramitación (Aufarbeiten) de los recuerdos patógenos, contra los cuales se erige la resistencia de asociación. No bastan la emergencia de un recuerdo singular o la abreacción única de un "afecto estrangulado":

En virtud de las profusas conexiones causales existentes, cada representación patógena todavía no tramitada actúa como motivo para creaciones enteras de la neurosis, y sólo con la última palabra del análisis desaparece el cuadro clínico en su totalidad [...] (Freud, 1895d, p.303; la cursiva es nuestra).

Las representaciones patógenas motivan constantemente nuevas resistencias de asociación, cuya tramitación, penetrando capa tras capa el núcleo patógeno, remueve el piso a los síntomas y conduce finalmente a la abreacción.

Inicialmente, Freud describió de este modo el proceso terapéutico. La reelaboración fue puesta más tarde de relieve en el título de Recordar, repetir y reelaborar (1914g), aunque Freud dedicó sólo una página de este trabajo a este problema técnico que hasta el día de hoy no encuentra solución satisfactoria (Sedler 1983).

Las controversias actuales y nuestra proposición de solución se mueven en torno a preguntas que se hacen más accesibles si volvemos nuestra atención a los pasajes más importantes del trabajo pionero de Freud. Se demostró como un error el creer que basta poner nombre a una resistencia para que ésta desaparezca:

Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la resistencia, desconocida para él; para reelaborarla, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia (Freud 1914g, p.157; cursiva en el original).

El trabajo en común conduce entonces al apogeo de la resistencia, y allí la reelaboración "es la pieza del trabajo que produce el máximo efecto alterador sobre el paciente y que distingue el tratamiento analítico de todo influjo sugestivo" (1914g, p.157).

Después del descubrimiento de que no basta nombrar las resistencias, y de que sólo una penosa reelaboración lleva a cambios permanentes, muchas cosas, que fueron discutidas por el mismo Freud y numerosos de sus seguidores, quedaron sin aclarar. Existe una clara afirmación causal: si las resistencias son verdaderamente reelaboradas, los síntomas deben cesar del mismo modo como la fruta madura cae del árbol del conocimiento. En su lugar no debe rebrotar ningún síntoma nuevo. Quisiéramos naturalmente saber, de manera más precisa, en qué consiste la acción modificadora de la reelaboración. En el caso de que no se confirme el pronóstico terapéutico fundamentado causalmente, deben aclararse y verificarse, en la terapia, los siguientes problemas teóricos: ¿Qué pasa con el "trabajo común"? ¿Cuánto ha contribuido el analista para la superación de las resistencias? ¿Es la reelaboración algo que debe hacer exclusivamente el paciente? ¿Cuál es la relación entre reelaboración, por un lado, y las vivencias, la abreacción y, especialmente, el insight, por el otro? Y, ¿dónde se lleva a efecto la reelaboración, solamente dentro de la situación terapéutica o también fuera de ella? Dentro y fuera: esta contraposición, ¿indica acaso que, por lo visto, la reelaboración se refiere a la transformación del insight y del conocimiento de sí en actuar práctico, y a cambios conductuales? Nuestra incompleta lista de preguntas deja en claro que nos encontramos en el centro de la práctica psicoanalítica y de su teoría de la acción terapéutica; al mismo tiempo, esto significa tratar de aclarar los fracasos para mejorar la práctica.

La historia de la reelaboración demuestra que los progresos en la teoría y en la práctica no siempre van de la mano. Esto se conecta con los intentos de Freud de explicar el fracaso de la reelaboración, es decir, los fracasos terapéuticos. Hemos tomado este desvío, porque pensamos que así ganan en plausibilidad las soluciones que hoy en día se proponen. Aunque la reelaboración terapéuticamente efectiva se refería inicialmente a la repetición de fijaciones de la historia de vida del paciente y a sus "reediciones" en la transferencia (Freud 1914g), diez años después, Freud atribuyó el fracaso a la "resistencia de lo inconsciente" (1926d, p.149). Ya hemos discutido esta forma de resistencia y la explicación especulativa de Freud de la compulsión a la repetición en la sección 4.4. De la lectura de ese pasaje el lector puede deducir por qué las especulaciones filosófico-naturales de Freud sobre la compulsión a la repetición hacen precisamente más difícil la comprensión psicológico-profunda de la reelaboración, como lo ha demostrado convincentemente Cremerius (1978).

La naturaleza conservadora de las pulsiones, la "viscosidad" (1916-17), la "iner-cia" (1918b) o la "escasa movilidad" de la libido (1940a), y la tendencia a volver a un estado anterior -la pulsión de muerte-, parecieran dificultar el

proceso de cura-ción o incluso impedir la reelaboración como el acto principal del cambio. En realidad, estas son especulaciones sobre factores constitucionales que, de alguna u otra forma, pueden estar presentes, sin que por ello sean accesibles a la investigación por el método psicoanalítico. Los límites del alcance terapéutico de la re-elaboración deben ser demarcados en el campo inherente al método. Por esta razón, hay que destacar que Freud, a causa de la pulsión de muerte, por lo demás no aceptada por ningún biólogo de reputación (véase Angst 1980), descuidó aclarar hasta sus últimas consecuencias las condiciones psicológicas de las repeticiones y su reelaboración, dentro y fuera de la situación analítica. ¿Qué significa esto? Se trata de seguir los pasos de los vestigios de explicación alternativa de la compulsión a la repetición que se encuentran en la obra de Freud y de examinar a continuación si la situación analítica, en su forma ideal estandarizada típica, moviliza de manera óptima el potencial de cambio de un paciente promedio.

Por ejemplo, para la recurrencia de acontecimientos traumáticos en el sueño existe una explicación alternativa de la compulsión a la repetición, que es terapéuticamente fructífera. En ella, Freud vio -igual que en la neurosis traumática- un intento del yo de restablecer el equilibrio psíquico. Al principio, Freud (1905d, p.175) había supuesto una "pulsión de enseñoramiento" (Bemächtigungstrieb) que Hendrick (1942, 1943a, 1943b) trató más tarde de reintroducir. Piénsese en la adquisición de nuevas destrezas, en la inmensa curiosidad infantil o en la tendencia a estar en movimiento. El hecho de que Freud haya colocado en el foco de su interpretación del juego infantil la repetición, y no los ensayos gozosos que se llevan a cabo en las acciones y percepciones nuevas, condujo a unilateralidades en la comprensión teórica y práctica del psicoanálisis. Pues el conocimiento de las condiciones que conducen a la fijación y a la regresión, y a la repetición asociada a ellas, es sólo un lado de la medalla. Para Freud, el objeto favorito de investigación científica era cómo y por qué las personas llegan a la búsqueda y al hallazgo de "identidades de percepción", es decir, a quedarse pegados a sus hábitos y tendencias patológicas, en contra de un mejor saber y de una voluntad de cambio. Por otro lado, está la cuestión del cambio. *Rerum novarum cupido*: el placer no busca sólo eternidad y repetición de lo mismo. Tenemos ansia de aprender y entender algo nuevo, y mientras mayor sea la seguridad que logramos en base a la confirmación interpersonal de las "percepciones de identidad", más nos aventuramos en lo desconocido.<sup>2</sup>

Ya que los pasos en un terreno no familiar pueden acompañarse de malestar y angustia, es esencial que se creen condiciones favorables para el cambio (el contexto del cambio) en la situación terapéutica (en contraste con las condiciones de la génesis -el contexto del descubrimiento-). Algunos desarrollos teóricos han influenciado unilateralmente la técnica psicoanalítica y limitado su rango de aplicación.

Así, la reelaboración fue a menudo descuidada, a pesar de su función integradora: "La cura consta de dos partes: lo que el médico colige y dice al enfermo, y el procesamiento (*Verarbeitung*) por este último de lo que ha escuchado" (Freud 1910d, p.133-4; la cursiva es nuestra). Por lo tanto, no es suficiente escuchar y decir. Se trata de hacer algo, de una acción. La reelaboración se encuentra en el punto de intersección entre lo interno y lo externo. Cada vez que se descuida uno de los dos puntos de vista, se dificulta la integración de las "conexiones rotas" (A. Freud 1936).

Allí donde Freud creyó tener que recurrir a la "resistencia del ello" para explicar un fracaso, podemos hoy en día, con gran ventaja práctica, utilizar los desarrollos posteriores de la idea alternativa sobre la importancia de la repetición en el juego, en el sentido del enseñoramiento (*mastery*), llevados a cabo por Loevinger (1966), White (1959, 1963) y G. Klein (1976, pp. 259-260). La idea alternativa de Freud está contenida en la cita siguiente:

El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una reproducción morigerada de éste, con la esperanza de poder guiar de manera autó-noma su decurso. Sabemos que el niño adopta igual comportamiento frente a todas las vivencias penosas para él, reproduciéndolas en el juego; con esta modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad procura dominar psíquicamente sus impresio-nes vitales (1926d, p.156).

De acuerdo con el comentario de G. Klein a esta idea alternativa, en el individuo persiste la intención inconsciente de transformar activamente un suceso que sufrió pasivamente y que permaneció ajeno al "sí mismo" (*self*) que vivencia. Tales sucesos son traumáticos, causan angustia y llevan a la represión. Frente a la repre-sión fracasan los intentos de autocuración, pues falta la retroalimentación que per-mite que las consecuencias de las intenciones inconscientes puedan ser percibidas. Nosotros agregamos que la ayuda interpretativa del analista en la reelaboración consiste en que, con ella, el paciente aprende a percibir y controlar las intenciones \_\_\_\_\_

2 No consideramos el dolor y el placer de descubridores e inventores solitarios. Muy brevemente, podría quizás decirse que, en gran medida, tales individuos se han inde-pendizado exitosamente de la confirmación interpersonal. Ellos encuentran un placer ascético en el momento en que demuestran que sus expectativas, contenidas en su fantasía, construcción o concepción científica, coincide con una realidad previa-mente desconocida, sea en la naturaleza o en el alma humana, que no infrecuente-mente se denomina según su descubridor o inventor. El, o ella, son entonces identi-ficados con lo descubierto.

inconscientes de sus acciones y conductas. Para Klein, siguiendo a Erikson, este enseñoramiento (*mastery*) no constituye una necesidad especial e independiente que se esfuerza por ser satisfecha, sino una experiencia del "sí mismo", como ini-ciador de una acción. En esto, el esquema de sí mismo se diferencia, en el

marco de los procesos de asimilación y de acomodación y otros procesos de aprendizaje descritos por Piaget.

En 1964, una mesa redonda de la American Psychoanalytic Association sobre reelaboración, se refirió también a puntos de vista de la teoría del aprendizaje (véase Schmale 1966), los que discutiremos en la sección siguiente (8.8).

Es precisamente una comprensión amplia de la teoría y de la práctica la que plantea la pregunta sobre la naturaleza de la relación entre análisis de la resistencia e insight. Fenichel (1941) y Greenacre (1956) describieron la reelaboración como análisis de la resistencia intensivo y concentrado. Greenson coloca el insight y el cambio en el centro de su definición de reelaboración, como se puede apreciar en la cita siguiente:

No consideramos el trabajo analítico como reelaboración antes que el paciente tenga insight, sino después. La meta de la reelaboración es hacer efectivo el insight, es decir, producir cambios significativos y persistentes en el paciente. Al convertir el insight en pivote, podemos distinguir las resistencias que impiden el insight de aquellas que impiden que el insight conduzca a cambios. El trabajo analítico sobre el primer conjunto de resistencias es el trabajo analítico propiamente tal; no tiene una designación especial. El análisis de aquellas resistencias que no permiten que el insight conduzca a cambios es el trabajo de la reelaboración. Tan-to analista como paciente contribuyen a esta labor (Greenson 1965, p.282).

Esta concepción de la reelaboración resuelve algunas de las dificultades técnicas. Su valor explicativo reside en el hecho de que hace posible comprender la eficacia, o la falta de ella, del proceso circular (insight - beneficio terapéutico - cambio yoi-co - nuevo insight) descrito por Kris (1956a, 1956b). Sin embargo, el círculo no se mueve siempre en un sentido positivo. El insight no se convierte automáticamente en cambio. En palabras de Freud, "cabe imaginar que las cosas no dejarán de ofrecer dificultades si un proceso pulsional que durante decenios ha andado por cierto camino debe de pronto marchar por uno nuevo que se le ha abierto" (Freud 1926e, p.209). Abandonar antiguos senderos y encontrar nuevos, esto es, separarse y decir adiós: este lado de la reelaboración sugiere la comparación con el proceso del duelo.

Fenichel (1941), Lewin (1950) y Kris (1951, 1956a, 1956b) han señalado las semejanzas y las diferencias entre el duelo y la reelaboración. Creemos que las diferencias entre ambos procesos son mayores que lo que supuso Stewart (1963). Este autor llamó la atención sobre el hecho de que la tarea del duelo consiste en conformarse con la pérdida de un objeto de amor, mientras que en la reelaboración el objetivo es cambiar las formas y las metas de la satisfacción por otras nuevas. En una pérdida real, el tiempo contribuye también a la cicatrización, y el diálogo con el muerto cambia con el proceso consciente e inconsciente de duelo.

Los procesos neuróticos son diferentes. Frecuentemente, éstos no son interrumpidos por el mero insight, pues, en base a condiciones intrapsíquicas, se puede buscar y encontrar en el mundo externo, una y otra vez, confirmación para las disposiciones cimentadas en el inconsciente. Por esta razón, los síntomas se vuelven repetidamente a estabilizar fuera del tratamiento, de acuerdo con los mismos antiguos clisés, a pesar del insight dentro de las sesiones. Con Ross (1973, p.334), queremos destacar que la reelaboración no se lleva a cabo solamente en la situación analítica.

La división, o mejor dicho, el desdoblamiento (Spaltung) entre insight y acción, entre dentro y fuera, puede hacerse mucho más fácil si el analista se restringe a interpretaciones transferenciales o considera la reelaboración, básicamente, como parte de la fase de terminación. Waelder (1960, pp.224ss) ha destacado que el duelo y la reelaboración duran, en lo general, 1 a 2 años. Si cada paso insignificante es visto contra el trasfondo de la separación y de la pérdida, el paciente también aplazará la reelaboración hasta el último año de duelo y despedida del análisis, en vez de verla como una tarea continuada. Como ejemplo de reelaboración en la fase terminal, Waelder (p.213) menciona el comentario autosugestivo de un paciente: "Yo debiera dejar de comportarme como lo he hecho hasta ahora y hacer la paz conmigo mismo". Las cosas no se presentan bien para la reelaboración cuando al final lo que queda es sólo el recurso a la buena intención del proverbio.

El propósito de la reelaboración es hacer que el insight llegue a ser efectivo. Por eso estamos especialmente interesados en aquellos casos en que el insight no conduce más allá de las buenas intenciones, esto es, en aquellos pacientes que no lo gran hacen la paz con ellos mismos. ¿Por qué el insight ganado en el análisis de la resistencia no lleva a los cambios buscados y perseguidos por el paciente? Existen muchas respuestas para esta pregunta, muchas de las cuales afirman que el insight simplemente no fue lo suficientemente profundo, o que le faltó fuerza persuasiva porque éste no fue logrado dentro de una relación transferencial intensa.

A modo de ejemplo, Balint (1968, pp.8, 13) parte del supuesto de que la reelaboración está unida a las interpretaciones de resistencia y de que ésta es sólo posible en aquellos pacientes que son accesibles a través de la palabra. Sólo que no todos están dispuestos a aceptar la escisión entre el intercambio verbal y la relación no verbal como un hecho dado. Balint mismo hizo un llamado a franquear ese abismo.

Es por lo tanto importante examinar los efectos secundarios negativos de las interpretaciones de resistencia. Estos parecen residir en la tensión no resuelta entre el cuadro que de alguna manera el analista se hace sobre los deseos inconscientes y las posibilidades del paciente, y el esfuerzo simultáneo por mantener su neutralidad y respeto por la libertad del paciente de tomar decisiones, lo que trata de hacer presentando sus interpretaciones de una manera abierta. Este comportamiento analítico contribuye a desconcertar al paciente y, con ello, a la estabilización reactiva de sus hábitos anteriores.

Por otro lado, la desigualdad entre paciente y analista aumenta en favor de este último, especialmente cuando se ofrecen, ante todo, interpretaciones genéticas. Como Balint ha señalado, a través de ello, el paciente experimenta al analista como omnisciente en relación al pasado y al origen de las resistencias. El analista cree que no tiene nada más que hacer, en realidad que tampoco debe hacer nada más que interpretar las resistencias en su relación con mociones pulsionales inconscientes y recuerdos. En esto se deja guiar por el supuesto de Freud de que la síntesis, es decir, la integración de los elementos anímicos, ocurre por sí misma en el análisis (Freud 1919a, p. 156).

Es verdad que las interpretaciones pueden contribuir indirectamente a esta síntesis, puesto que las posibles nuevas configuraciones están codeterminadas por las expectativas (Zielvorstellungen: representaciones-meta) que el analista tiene en mente, y es imposible no tener alguna. Aun así, se crea una atmósfera que no ayuda al paciente a superar el horror vacui que puede asociarse con el nuevo comienzo y con la conversión del insight en experiencia viviente. Por lo tanto, se hace inevitable plantear la pregunta de cuántas buenas ocurrencias y acciones probatorias son necesarias para lograr cambios sintomáticos y conductuales también en la vida cotidiana. Paciente y analista se pueden sentir tan cómodos en la regresión que pospondrán la prueba con la realidad. Para esto siempre habrá razones con mejor o peor fundamento: por ejemplo, cuando el paciente no se siente aún capaz de modificar las formas de conducta que le atormentan a él y a los demás y el analista sigue buscando en el pasado motivos más profundos para esta imposibilidad.

Finalmente, la reelaboración es el proceso que, más que cualquier otro, atañe a la consumación de los actos psíquicos del paciente y, a través de ello, al hecho de tener experiencias positivas que actúan como estabilizadores. En análisis se habla menos de las experiencias positivas del paciente que de las negativas. Lo positivo se da demasiado por descontado. Este desequilibrio puede aumentar precisamente en el momento de la reelaboración, cuando, a propósito del desenlace positivo de una acción probatoria, se busca confirmación y reconocimiento. Así se pierde nuevamente la todavía frágil confianza en sí mismo que se había ganado con el insight y la experiencia. En vez de una reelaboración, con un aumento de la confianza en sí mismo, que podría facilitar el enseñoramiento de los problemas subsecuentes en la "regresión al servicio del yo" (Kris 1936, p.290), se puede llegar a una falta de eficacia terapéutica, y, en el peor de los casos, a una regresión maligna. En esto, la contribución de la configuración de la situación analítica es tan fundamental, que, en estos casos, Cremerius (1978, p.210) ha propuesto cambiar el encuadre. Queda aún por aclarar la contribución del analista a la génesis de las regresiones malignas. A menudo es demasiado tarde para producir un nuevo comienzo a través de cambios técnicos o en el encuadre. Si se habla abiertamente con el paciente, y si los cambios se fundamentan y se elaboran interpretativamente, no viene al caso el reproche de que el analista manipula la situación.

La reelaboración tiene aspectos cualitativos y cuantitativos, que también pueden observarse en los procesos de aprendizaje y, especialmente, en los procesos de cambio de pautas anteriormente aprendidas. Muchos pacientes se preguntan y preguntan a su analista: ¿Cuántas veces debo pasar nuevamente por lo mismo para poder manejar este tipo de situaciones de una manera más adecuada? Más en concreto, y a modo de ejemplo, es posible preguntarse: ¿cuántas experiencias positivas con la autoridad debe tener un paciente determinado para poder superar su angustia social y la angustia de castración subyacente? Así, la reelaboración tiene lugar dentro y fuera de la situación analítica. Por esto, en la sección próxima (8.8), discutiremos algunos puntos de vista de la teoría del aprendizaje.

Medios, vías y fines

Aprendizaje y reestructuración

Creemos que la razón de por qué, comparativamente, se ha descuidado en las últimas décadas el problema de la reelaboración en el psicoanálisis, reside en el hecho de que ésta también se lleva a cabo fuera de la situación analítica, y porque para la explicación del cambio de pautas aprendidas es necesario recurrir, además, a conceptos sacados de la teoría del aprendizaje. Nuestra experiencia y nuestras reflexiones nos han enseñado que la definición de reelaboración de Greenson -que la reelaboración consiste en el análisis de las resistencias que impiden la conversión del insight en cambios- es muy estrecha y unilateral. Incluso en el proceso de reelaboración de las resistencias que se manifiestan en el análisis de aquellos pacientes que no tienen éxito, se plantea la pregunta de cómo se puede llegar a tener éxito, dentro y fuera de la situación analítica.

¿Cómo puede el analista contribuir a que los tanteos vacilantes del paciente, sus acciones de prueba, tengan un desenlace favorable y a animarlo para que continúe sus esfuerzos fuera del análisis? Aún más que las personas sanas, los pacientes buscan y necesitan confirmación, y todas aquellas experiencias interpersonales que se designan como "fortaleza del yo". En la técnica estándar el paciente recibe poco apoyo, el que, en lo posible, es totalmente eliminado. Pareciera que el paciente sólo puede tomar de las interpretaciones del analista aquellos aspectos que él busca inconscientemente o que se relacionan con las fuerzas internas que le impiden alcanzar sus metas.

Muchas interpretaciones proveen, por lo demás, aliento indirecto. Si el analista cree que no debe ofrecer de ningún modo apoyo, coloca al paciente en aprietos, lo lleva hacia una trampa. Sin saberlo, el analista crea lo que Bateson y cols. (1963) han llamado un doble vínculo, al suministrar información contradictoria. Por un lado, la interpretación de deseos inconscientes abre nuevas posibilidades, y el paciente está de acuerdo con su terapeuta. Si, por otro lado, el analista restringe su aprobación por miedo a influenciar al paciente, éste corre el peligro de perder nuevamente la seguridad que ha ganado. La ambigüedad de interpretaciones poco decididas pone perplejo al paciente y dificulta la reelaboración de la relación transfe-rencial. Así como



varía la neurosis de transferencia de escuela en escuela, y así como la contribución del analista a la configuración de situaciones transferenciales especiales no es pequeña, incluso en cuadros patológicos típicos, también así pasa con la reelaboración. Corresponde a Kohut (1971, pp.86ss, 168ss), de manera especial, el mérito de haber llamado la atención sobre el papel esencial que juega el reconocimiento en el establecimiento y en la reelaboración de la transferencia. Como Wallerstein (1983) y Treurniet (1983) han señalado, las recomendaciones técnicas de Kohut no van unidas a su concepción del narcisismo y de la psicología del "sí mismo". Pues todos los pacientes son personalidades narcisistas en la medida en que sus sentimientos de sí -como en todo ser humano- dependen de las confirmaciones de los demás. Las inseguridades que son inevitables en la reelaboración, cuya meta es la reestructuración, pueden ser llevadas más fácilmente si la curiosidad del paciente por sus deseos y metas inconscientes es apoyada por una relación capaz de sostener.

## 8.8 Aprendizaje y reestructuración

Después de los primeros intentos en los años 30 de utilizar los resultados de la psicología del aprendizaje experimental para el entendimiento del complejo aprendizaje humano, quedaron rápidamente en evidencia los límites del valor explicativo del modelo pavloviano de aprendizaje, entonces prominente. Los modelos posteriores de aprendizaje cognitivo, que consideran, por ejemplo, cambios conceptuales y reestructuración cognitiva interna, son más útiles y estimulantes para una comprensión amplia del acontecer psicoterapéutico. El uso de modelos de aprendizaje adecuados aparece especialmente fructífero en aquellos puntos donde el pensamiento psicoanalítico originario muestra contradicciones o vacíos, como es el caso de la reelaboración. Recurrimos en especial a French, quien ya en 1936 manifestó la esperanza de que

si no perdemos de vista los procesos de aprendizaje que subyacen a la terapia analítica, podremos mejorar en algo nuestra perspectiva y nuestro sentido de las proporciones sobre la significación y la importancia relativa de una gran multitud de impulsos inconscientes y de recuerdos que presionan hacia la superficie en el tratamiento psicoanalítico (French 1936, p.149).

En esta sección quisiéramos dirigir la atención hacia algunos factores que mantienen los síntomas o, al contrario, que llevan a cambios terapéuticos. Estos factores de mantención desempeñan un papel especial en los tratamientos psicoanalíticos, donde se trata precisamente de su desmantelamiento, es decir, donde la tarea es el cambio terapéutico de las pautas aprendidas que está vinculado a la reelaboración. Esto significa que aquí no tomaremos en cuenta aquellos procesos o factores que llevan a la aparición de los síntomas y las

neurosis; estamos absolutamente conscientes de que con esto hacemos una separación artificial entre origen y mantenimiento de síntomas. En lo que sigue hablamos de procesos de aprendizaje, o simplemente de "aprendizaje", cuando la probabilidad para la aparición de una conducta (acción, pensamiento, idea o afecto) cambia bajo contingencias comparables.

Si alguien en una determinada situación hace repetidamente algo, o no lo hace, aunque previamente no haya actuado de esa manera en circunstancias similares, o si sus acciones son más rápidas o más seguras que anteriormente, hablamos entonces de un proceso de aprendizaje. Este no es el caso si tenemos buenas razones para suponer que la conducta cambiada es causada por otros factores (por ejemplo, intoxicación, daño cerebral, o simplemente procesos normales de maduración) (Foppa 1968, p.13).

Como bien se sabe, hay tres paradigmas de aprendizaje diferentes:

1. Condicionamiento clásico (aprendizaje de señal, aprendizaje de estímulo y respuesta), que se asocia especialmente con Pavlov, y (en psicoterapia) con Ey-senck y Wolpe.
2. Condicionamiento operante o instrumental (aprendizaje según el éxito), que se asocia con los trabajos de Thorndike y Skinner.
3. Aprendizaje social (aprendizaje según modelos o por identificación), especialmente elaborado por Bandura.

En experimentos de laboratorio es posible separar claramente e investigar aisladamente estos tres modelos de aprendizaje a través de la variación de las condiciones experimentales. En la vida real, sin embargo, caracterizada por una multiplicidad y complejidad incomparablemente mayor de las condiciones internas y externas, los procesos de aprendizaje aparecen de regla determinados por los tres modelos descritos, en un grado diferente y cambiante.

En la descripción del curso de tratamientos psicoanalíticos según los conceptos de teorías del aprendizaje, el paradigma que aparece inmediatamente como el más convincente es el del aprendizaje según modelos, esto es, según el modelo del analista. Ello se refiere a cómo el paciente se hace cargo de las funciones y roles del analista, de la manera como éste identifica, en las interpretaciones, las conexiones, los aspectos comunes y las diferencias, de las estrategias que él adopta para lograr soluciones afectivas y cognitivas a los conflictos, de cómo verbaliza las preguntas, y de la manera cómo maneja los afectos y la relación terapéutica. La teoría del aprendizaje social formula una serie de condiciones que pueden influir los efectos del aprendizaje social, como por ejemplo, la similitud entre la "persona modelo" (el analista) y el "observador" (el paciente) en relación a características personales como posición social, edad, sexo, estructura de personalidad psicológica; o el tipo de relación entre la "persona modelo" y el "observador", por ejemplo, si acaso el observador busca la

inclinación de la persona modelo, cuya pérdida teme, o si trata de evitar ser castigado por ella.

Tales condiciones de interacción pueden determinar en gran medida el despliegue de la neurosis de transferencia. Con esto no queremos dar a entender una simple imitación de la manera de comportarse del analista o de su estilo de pensar, aun-que, por supuesto, eso puede ocurrir. Mucho más importante es que, de acuerdo con los hallazgos de la teoría del aprendizaje social, debemos contar con efectos de aprendizaje (cambios) persistentes e interiorizados, esto es, aquellos que llegan a integrarse en el conjunto del repertorio conductual y de experiencia del observador. Esto es especialmente verdadero si se piensa que las funciones del analista están mediadas cognitivamente y por símbolos verbales. Estos comentarios muestran que el aprendizaje según modelos va mucho más allá de una mera imitación de comportamientos externos y que, con ello, este paradigma de aprendizaje se acerca a los procesos de identificación, como estos son concebidos en psicoanálisis. Además, de las investigaciones empíricas es posible deducir que la velocidad y la persistencia del aprendizaje según modelos pueden ser decisivamente fomentadas por la mediación de símbolos verbales.

Los otros dos paradigmas de aprendizaje muestran una relación mucho menos directa con el acontecer en la terapia psicoanalítica. Al inicio de los años 30, muchos psicoanalistas (por ejemplo, French 1933; Kubie 1935) aplicaron el modelo de condicionamiento clásico a la técnica psicoanalítica y trataron de usar el primero para fundamentar la última. Estos esfuerzos fueron vehementemente rechazados por Schilder (1935b). Según este autor, la teoría del aprendizaje de Pavlov no es aplicable a los complejos procesos del aprendizaje humano y, por lo tanto, inadecuada para explicar el pensamiento y el actuar psicoanalíticos; en vez de éste, Schilder se esforzó por lograr una explicación psicoanalítica de los reflejos condicionados, intento que, aunque con signo contrario, se demostró igualmente poco fructífero (véase además la obra básica de Straus 1935).

Heigl y Triebel (1977), han hecho una presentación resumida de algunos de los principios de aprendizaje aquí citados, en su referencia a la terapia psicoanalítica. Estos autores han ampliado su tecnología psicoanalítica usual hasta incluir las variantes de "confirmación, aun de los más pequeños avances de aprendizaje dentro de la relación transferencial", fundamentándolo en la teoría del aprendizaje, bajo especial consideración de la experiencia emocional correctora. Con todo, tenemos dudas de que tales concepciones globales, y las restringidas instrucciones terapéuticas que se derivan de ellas, sean adecuadas para expandir significativamente, o profundizar, nuestro entendimiento de la terapia psicoanalítica y la influencia del analista en su transcurso. Wachtel (1977) ha ofrecido una fundamentada y amplia discusión de este problema. En vez de eso, quisiéramos dirigir nuestra atención a un par de conceptos específicos de teoría del aprendizaje que tienen una significación central en los tres paradigmas de aprendizaje citados y que nos parecen útiles para el

entendimiento de los procesos de aprendizaje en la terapia psicoanalítica: éstos son el concepto de generalización y el de discriminación.

De acuerdo con las teorías del aprendizaje aceptadas, entendemos por generalización, brevemente, la tendencia a reaccionar de manera similar en circunstancias comparables, y por discriminación, la tendencia a notar las diferencias que hay entre circunstancias semejantes y a reaccionar, correspondientemente, de manera diferenciada y discriminada. Dentro del marco de los paradigmas de teoría del aprendizaje básicos citados, quisiéramos ahora usar esta pareja conceptual complementaria para una descripción ejemplar de los sucesos transferenciales.

De manera muy simplificada, la transferencia en terapia psicoanalítica se puede caracterizar por el hecho de que la manera como el paciente forma y percibe su relación con el analista (para no mencionar la relación con otras personas fuera de la situación terapéutica), y al menos en relación a ciertos aspectos de conflictos específicos, se orienta, preferentemente, de acuerdo con los patrones adquiridos en las relaciones de la niñez temprana con su madre y con su padre, con sus hermanos y con otras personas significativas (véase capítulo 2). Los caracteres externos de la situación analítica y el comportamiento del analista se supone deben promover el desarrollo de la transferencia; obviamente, el análisis de la transferencia, componente esencial de la terapia psicoanalítica, sólo puede empezar cuando la transferencia se ha hecho lo suficientemente intensa y diferenciada. En el curso del análisis de la transferencia se pondrán aún más de relieve las afinidades y semejanzas entre la relación transferencial y las relaciones extraterapéuticas específicas, que el analista destacará especialmente. Cuando la transferencia ha florecido completamente, se aclararán de manera creciente las diferencias entre la relación terapéutica, sus precursores genéticos y las relaciones extraterapéuticas. A través de diversas actividades, el analista ofrece al paciente -al menos indirectamente, aunque a menudo sin darse cuenta e involuntariamente, pero, de cualquier modo de manera inevitable- acicate y oportunidad para desarrollar y probar, en la situación terapéutica, otros modelos, sobre todo más flexibles, de relación. Finalmente, el paciente no puede evitar aplicar fuera de la terapia su habilidad para formar relaciones de una manera diferente y más flexible, habilidad que ha adquirido, e incluso probado, en la terapia, y, correspondientemente, adaptarla a la realidad de acuerdo con las circunstancias cambiantes.

Este bosquejo deja ver semejanzas con el curso de algunos experimentos de aprendizaje. La nueva experiencia de aprendizaje es introducida a través de procesos de generalización; se buscan semejanzas entre diferentes constelaciones de estímulos. Si se forma de esta manera un modelo estable de reacción, el experimentador puede entonces fomentar procesos de discriminación cambiando las condiciones experimentales, en especial el esquema de reforzamiento; el organismo aprende a responder diferenciadamente frente a constelaciones de estímulos diferentes. Si a

continuación se quiere generalizar hacia fuera de la situación propiamente experimental, es decir, a condiciones de la vida real, el modelo de reacción así adquirido, el paciente debería pasar, según nuestra opinión, por experiencias de aprendizaje bajo condiciones no experimentales. De este modo, el proceso psico-analítico y algunos experimentos de aprendizaje exhiben toda una serie de semejanzas. French (1936) habla incluso del "carácter experimental de la transferencia", y destaca

la importancia de la prueba de realidad en la transferencia. No obstante lo llamativas que sean las manifestaciones de la compulsión a la repetición, la transferencia no es una mera repetición compulsiva de sucesos anteriores. Es también un intento experimental de corregir los moldes infantiles (p.191).

Dentro de los paradigmas de aprendizaje básicos no es posible lograr un aumento sustancial en el conocimiento de tales analogías, más allá de tales afirmaciones generales. El aparato conceptual de los enfoques básicos de teoría del aprendizaje bosquejados se demuestra demasiado burdo y pobre para la comprensión de procesos de aprendizaje afectivo-cognitivos complejos. Si bien tales procesos pueden entenderse, en lo fundamental, en el marco del aprendizaje de generalización y discriminación, es necesario, como lo ha destacado particularmente Mowrer (1960), introducir una serie de conceptos nuevos, tales como "reforzador secundario", "reacción como estímulo discriminante", etc., con lo cual el modelo de teoría del aprendizaje se haría no sólo complejo, sino también poco claro y de difícil manejo. Por esta razón, queremos dar por terminada en este punto la discusión de los modelos de aprendizaje básicos, y elegir un nivel de descripción verbal más alto para discutir los modelos de aprendizaje cognitivos y los procesos de reestructuración que ellos reflejan.

Cuando se habla de aprendizaje, se suele pensar en el aprendizaje de los niños y en los a menudo vanos esfuerzos de los maestros. La enseñanza tradicional puede denominarse "educación superyoica", como lo destacó Balint (1952); los niños deben ser educados para ser personas virtuosas y decentes. Balint contrapone esta meta pedagógica con la "educación yoica" del psicoanálisis y la vincula con consideraciones generales sobre los momentos educativos en el psicoanálisis. Como se puede comprobar, el elemento pedagógico en psicoanálisis no ha sido nunca totalmente rechazado y en análisis infantil (A. Freud 1927) ha recibido un reconocimiento especial.

Desde el punto de vista de la historia de la ciencia, es posible trazar una línea que une los intentos de aplicar ideas educacionales en psicoanálisis y la "epistemología genética" de Piaget. En investigaciones clínicas experimentales, Piaget estudió diferentes estadios de aprendizaje y de desarrollo en la niñez. Estos antiguos hallazgos han sido tomados recientemente por Tenzer (1983, 1984) y relacionados con algunos detalles de la reelaboración. Sin embargo, la precondition para esta conexión, esto es, que el proceso de reelaboración se

despliegue de manera análoga a los estadios evolutivos y de aprendizaje infantiles descritos por Piaget, es dudosa. Creemos que la concepción de Piaget de los "esquemas cognitivos", con los procesos evolutivos de "acomodación" y "asimilación", tiene una importancia mucho mayor para el entendimiento de la reelaboración. Aclararemos brevemente estos tres conceptos.

El "esquema cognitivo" debe entenderse en el sentido de una red de experiencias perceptivas e intelectuales cuya estructura y complejidad se organiza según los estadios evolutivos descritos por Piaget. El concepto de "asimilación" se usa cuando se incorpora una nueva experiencia al esquema cognitivo previo y con ello se aumenta el bagaje total de experiencia estructurado por él (de acuerdo con esta definición, la traducción más certera del término "asimilación" es la de "apropiación"; con todo, mantenemos "asimilación", pues corresponde a un uso habitual; nota de J.P. Jiménez). Si una nueva experiencia no puede ser incorporada dentro del esquema cognitivo existente, la consecuencia puede ser una modificación de este esquema (o, al contrario, esta experiencia "improcedente" puede no ser tomada en cuenta, o hecha objeto de los mecanismos de defensa). Este fenómeno se denomina "acomodación". Las aplicaciones al entendimiento de cambios en la terapia psicoanalítica son, en adelante, fáciles de reconocer. Recientemente, Wachtel (1980) ha demostrado convincentemente que el enfoque de asimilación y acomodación puede ser productivo para la comprensión teórica y clínica de los fenómenos transferenciales.

Quisiéramos hacer ahora un intento similar y tratar de ilustrar este enfoque teórico tomando como ejemplo la reelaboración. En este contexto, nos referiremos también a la extensión y ampliación del planteamiento de Piaget hecho por McReynolds (1976) y, en lo que a técnica analítica concierne, por G. Klein (1976, pp.244ss).

La fase de reelaboración comienza después que el paciente ha sido capaz de entender las conexiones y los procesos que marcan la dinámica de los conflictos previamente inconscientes. La meta es usar el insight cognitivo y afectivo para cambiar la conducta (entendida ésta en un sentido amplio). Aunque algunos pacientes logran tales cambios sin una mayor asistencia del analista, esto no es la regla. Sabemos por psicología del aprendizaje que las diferentes áreas de la cognición, de los procesos vegetativos y de la habilidad psicomotora, representan sistemas parcialmente autónomos que se pueden desarrollar de manera muy independiente (véase Birbaumer 1973); se necesitan procesos especiales de generalización para integrar procesos intrapsíquicos a través de la percepción de retroalimentaciones.

En el proceso de la reelaboración en terapia psicoanalítica se pospone el análisis profundo de los determinantes pasados inconscientes de la génesis de la incapacidad en favor de la integración o reintegración de detalles psicodinámicos. En este contexto, la descripción de Alexander (1935) de la función integradora de la interpretación, basada en la función integradora o

sintética del yo (Nunberg 1931), me-rece una consideración especial. El lograr esta necesaria integración es tarea del paciente, quien puede confiar en el decisivo sostén y aliento del analista, aunque éste pueda a veces significar hasta un obstáculo para ello.

Una observación clínica regular es que el descubrimiento de material clínico re-levante para los conflictos del paciente produce en él una gran labilidad, alarma y angustia. Tal desorientación puede también llegar a ser deducida de los procesos de generalización y discriminación anteriormente bosquejados y ha sido descrita e in-terpretada convincentemente por McReynolds (1976) desde el punto de vista de la psicología cognitiva. Apoyándose en Piaget, McReynolds formula su teoría de la asimilación, en la que diferencia entre experiencias ideacionales y perceptivas con-gruentes e incongruentes; bajo congruencia cognitiva, se entiende la asimilación (apropiación) sin conflictos de nuevas experiencias perceptivas en la estructura existente; al contrario, la incongruencia señala la posibilidad transitoria o perma-nente de asimilar nuevas experiencias perceptivas en la estructura previa. Si se producen cambios en la estructura cognitiva, puede entonces suceder que repre-sentaciones o percepciones, hasta ahora congruentes y asimiladas, sufran un proce-so de desapropiación. La proporción entre las representaciones y experiencias per-ceptivas no asimiladas y las asimiladas se denomina con el término de "tareas pen-dientes" (backlog); estas tareas pendientes de asimilación constituyen uno de los determinantes principales de la angustia. McReynolds formula tres reglas operati-vas elementales para el funcionamiento del sistema cognitivo-afectivo:

1. Se intenta resolver las incongruencias cognitivas.
2. La cantidad de tareas pendientes debe mantenerse en un mínimo.
3. Las innovaciones cognitivas (curiosidad, iniciativa, búsqueda de estímulos) de-ben permanecer en un nivel óptimo.

Estas reglas de operación se ilustran mediante su utilidad biológico-adaptativa. De acuerdo con ella, las tareas pendientes aumentan de manera especialmente súbita y drástica, y con ellas la angustia, cuando, como resultado de cambios cognitivos en un nivel más alto, se produce una desapropiación (desasimilación) de ideas hasta ese momento congruentes e integradas a través de múltiples conexiones con otras representaciones.

En relación con la reelaboración en terapia psicoanalítica, la teoría de la asi-milación ofrece una explicación para el hecho de que interpretaciones "acertadas" pueden producir desapropiaciones abruptas acompañadas de desasosiego y angustia. En tal caso, la interpretación desgarrar representaciones jerárquicamente superiores, anteriormente congruentes, y con ello contribuye a desintegrar representaciones subordinadas que también eran congruentes. Este efecto, empero, puede ser tam-bién producido por interpretaciones integradoras cuando, por ejemplo, se ponen en relación representaciones hasta ese momento desconectadas y lejanas, lo que con probabilidad conduce a la desapropiación abrupta de ideas subordinadas. El analista puede ahorrar al

paciente la alarma innecesaria si sus interpretaciones están bien preparadas y cuidadosamente dosificadas, digamos, restringiéndolas transitoriamente a las representaciones jerárquicamente inferiores. En un intento de mantener las tareas de asimilación en un mínimo, el paciente puede a ratos rehusar reconocer o aceptar intervenciones que pueden tener un efecto de desasimilación, lo que se manifiesta clínicamente como resistencia. El aliento y reconocimiento del analista, y la seguridad de que él ofrecerá sostén en la labor de integración asimilativa, pueden ayudar al paciente a correr el riesgo y la inquietud que éste significa.

Tales reestructuraciones cognitivas intrapsíquicas deben ser probadas fuera de la terapia en relación a su idoneidad para la conquista de la vida real y para la formación de relaciones más satisfactorias. Consideramos que éste es un aspecto esencial de la reelaboración. En las diversas constelaciones transferenciales, el paciente puede probar distintos modelos de relación con un riesgo comparativamente menor. Con el apoyo del analista, el paciente trasladará este tipo de relaciones, así reforzadas, fuera de la terapia (generalización) y, al hacer esto, notará las diferencias entre la relación transferencial y de trabajo, y las relaciones mucho más variadas de afuera (discriminación). El paciente puede tener experiencias positivas que refuerzan y así estabilizan los esquemas cognitivos modificados y el nuevo patrón de conducta.

Medios, vías y fines

Terminación. Consideraciones generales

Pero, los cambios en la conducta social del paciente también pueden llevar a la pareja, a los amigos, conocidos y colegas, a experiencias inesperadas, y, a él mismo, a experiencias negativas. Corre entonces peligro la permanencia de los esquemas cognitivos recientemente adquiridos, aún frágiles, y el paciente se ve amenazado por una recaída. En ese caso, el paciente se volverá más decididamente hacia el analista en busca de confirmación y reconocimiento frente al riesgo que implican las nuevas acciones de prueba. Si el analista no reacciona adecuadamente, es posible esperar consecuencias negativas para el paciente y su esfuerzo de probar nuevos modelos de conducta. Aquí, la confianza en sí mismo recién ganada, y todavía frágil, puede perderse nuevamente. Tal abstinencia inadecuada por parte del analista puede frustrar la necesidad de seguridad del paciente, e incluso conducir a agresiones, depresiones o regresiones malignas.

Los cambios en los esquemas cognitivos, esto es, la reestructuración cognitiva, no pueden ser demostrados directamente, sino sólo inferidos de cambios duraderos en los comportamientos observables (véase Strupp 1978). Por esto, las presunciones del analista sobre los cambios estructurales que el paciente ha alcanzado deben ser en principio verificables empíricamente en relación a formas específicas de comportamientos observables, incluyendo, por supuesto, la conducta verbal. Más aún, tales verificaciones empíricas de hecho pueden ser llevadas a cabo. Esto significa que debe ser posible derivar de las presunciones



sobre cambios estructurales, predicciones verificables sobre la conducta futura del paciente, incluyendo cómo reaccionará frente a conflictos específicos (por ejemplo, estrategias de solución de conflictos, mecanismos de defensa y de coping, evolución de los síntomas y estructuración de relaciones). De otro modo, las discusiones sobre cambios estructurales seguirán siendo discusiones bizantinas (Sargent y cols. 1983).

Esperamos haber mostrado que a menudo es posible llenar vacíos en la comprensión psicoanalítica de fenómenos clínicos recurriendo a concepciones desarrolladas por otras disciplinas. Más aún, para poder hacer esto y, consecuentemente, lograr un entendimiento amplio de los propios conceptos teóricos, así como de su acción clínica, el psicoanalista necesita conocimientos fundamentados de las disciplinas vecinas.

## 8.9 Terminación

### 8.9.1 Consideraciones generales

No importando lo largo y difícil que haya sido un análisis, la etapa de terminación presenta problemas propios a ambos participantes. No es infrecuente una fractura entre las representaciones que paciente y analista tienen de las metas del tratamiento (E. Ticho 1971). Es de gran importancia práctica que el analista tenga éxito en convencer al paciente de que el trabajo analítico debe limitarse a las metas accesibles al tratamiento y que el análisis terminable debe distinguirse del interminable. Al terminar un tratamiento psicoanalítico el paciente debiera haber adquirido la capacidad de autoanálisis. Esto significa, simplemente, que el paciente puede llevarse consigo, y mantener junto a sí, la forma especial de reflexión que caracteriza el diálogo analítico. Con ello se vincula la expectativa de que, con la aparición de nuevos problemas en la vida, la posibilidad del autoanálisis contrarreste la tendencia a reprimir, que sigue existiendo después de un análisis, y así se dificulte la formación de nuevos síntomas. A esta visión se opone, demasiado a menudo, el "mito de la perfectibilidad", del análisis perfecto, que condiciona la actitud de algunos analistas frente a la fase de terminación, como resultado de la presión ejercida por sus propios ideales exagerados (Gaskill 1980). No es difícil suponer que pacientes que tienen los medios económicos para hacerlo, aceptarán esta oferta de perfectibilidad para seguir en análisis.

Si consideramos las metáforas que se usan en la literatura para describir la fase terminal, es posible imaginar las fantasías inconscientes que se asocian con la terminación. La comparación de Weigert (1952) de la fase final con una complicada maniobra de desembarco, en la que se pone en acción toda la tripulación de fuerzas libidinosas y agresivas, indica las dramáticas escenas que

han de esperarse. De hecho, si el transcurso del tratamiento se caracterizó por la búsqueda narcisista de la perfección, de la resolución completa de la transferencia, o por mitos simi-lares, existe el peligro de la desilusión. Estos mitos de perfección tienen consecuencias negativas si, mientras el paciente expresa su gratitud, el analista, midiéndose él mismo y al paciente por metros ideales, está decepcionado con su trabajo con él. Esta exigencia de perfección no toma en cuenta la finitud y limitaciones del hacer humano e impide que el analista pueda sentirse orgulloso y satisfecho con su trabajo; a su vez, el paciente no puede separarse pues, consciente o inconscientemente, nota la decepción del analista. Entonces hará grandes esfuerzos para convencerlo del éxito, o se identificará con su desilusión. Algunas veces, la literatura contiene relatos que describen exactamente lo opuesto de esta falta de satisfacción mutua. Sin embargo, lo más común es que las inevitables imperfecciones de la práctica psicoanalítica, por lo demás familiares a cada uno de nosotros, sean distorsionadas en informes que describen la terminación del tratamiento de maneras conformes a la teoría.

Gilman (1982) investigó el manejo de la fase de terminación por medio de un catálogo de preguntas en base a 48 informes finales de candidatos en formación analítica. A pesar de que, en general, los relatos mostraban una gran variabilidad, todos los analistas informaron de una resolución de los síntomas y de una perfecta reelaboración de los conflictos neuróticos. Además, en todos los casos la terminación no fue decidida por causas externas, como cambios en la situación de vida, falta de dinero, etc., sino por acuerdo mutuo. Los informes finales de los analistas tienen una función especial: ellos son la carta de recomendación de los candidatos para "entrar en sociedad", y es entendible que, por eso, la exposición de la fase terminal siga patrones ideales. La investigación de Earle (1979), también en análisis supervisados llevados a cabo por candidatos, encontró que sólo un 25% de los casos satisfacían el criterio de una terminación mutuamente acordada, lo que, por otra parte, se diferencia poco del porcentaje referido por analistas calificados.

Medios, vías y fines

Duración y límites

Quisiéramos proponer sacar la discusión de la polaridad terminación perfecta versus terminación prematura, para encontrar puntos de vista que hagan justicia a la multiplicidad de razones internas y externas que señalan que los tratamientos analíticos deben tener un término. Los análisis deben terminar cuando el trabajo analítico en común se ha agotado en relación al logro de nuevos insights significativos. Con esto queremos dejar en claro que la terminación es un proceso diádico que, en principio, es imperfecto, si partimos de la base de que dos personas tienen siempre algo que decirse. Sin tomar en cuenta las circunstancias externas, se puede suponer que los pacientes terminan cuando el intercambio terapéutico pierde significación, y la carga, que todo tratamiento lleva consigo, no puede ser compensada por el logro de

nuevos conocimientos. En este punto terminan también los análisis interminables.

Tampoco estamos de acuerdo con Glover (1955), quien aún pensaba que una indicación correcta puede garantizar una fase satisfactoria de terminación y una buena conclusión. Son demasiados los imponderables que determinan el proceso analítico como para predecir el final en base al diagnóstico (indicación y pronóstico) individual (véase capítulo 6). A tal actitud se vincula una concepción de predictibilidad que se asocia estrechamente con el modelo técnico básico, cuyos erróneos supuestos fundamentales han sido fuente de numerosas falsas discusiones de detalle. Si el desarrollo de una buena relación de trabajo logra crear las condiciones previas para que los procesos regresivos se estructuren de manera productiva, es posible encontrar terminaciones exitosas y satisfactorias tanto en terapias con alta frecuencia de sesiones como en aquellas con sesiones más espaciadas (Hoffmann 1983).

### 8.9.2 Duración y límites

En ningún momento de su historia el psicoanálisis ha prometido curaciones rápidas y milagrosas. Ya en 1895 Breuer y Freud encontraban que el procedimiento era fatigoso para el médico y que consumía mucho tiempo. Considerando, sin embargo, que el método psicoanalítico fue probado inicialmente en especial "en casos muy graves, personas enfermas desde hacía mucho tiempo y totalmente incapacitadas para la vida", ellos guardaban la esperanza de que "en casos más leves, la duración del tratamiento podría acortarse mucho y se obtendría una extraordinaria ganancia en lo que concierne a profilaxis para el futuro" (Freud 1904a, p.242). Sin embargo, Freud también expresó un escepticismo moderado frente a poner límites adecuados a la terapia. Aunque tales esfuerzos no requieren de justificación especial, él escribió: "La experiencia nos ha enseñado que la terapia psicoanalítica, o sea, el librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anormalidades de carácter, es un trabajo largo" (Freud 1937c, p.219).

Freud introdujo la limitación temporal de un tratamiento como intervención técnica en el Hombre de los lobos, como reacción a un estancamiento en el tratamiento: "Resolví, no sin orientarme por buenos indicios en cuanto a la oportunidad, que el tratamiento debía terminar en cierto plazo, independientemente de cuán lejos se hubiera llegado" (Freud 1918b, pp.12s). Ferenczi y Rank (1924) tomaron esta idea, donde Rank puso la teoría. Ambos consideraban la fase de terminación, "fase del destete", como una de las más importantes y significativas de toda la cura. Con todo, ya en 1925 Ferenczi se alejó de Rank y de sus propias concepciones anteriores, en su escrito Sobre el psicoanálisis de costumbres sexuales (Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten 1964 [1925]). En este artículo restringe bastante el efecto

de la "puesta de plazo" como medio para acelerar la terminación de la cura y "como medio para acelerar la separación del médico" (pp.290ss). En 1928, en su artículo El problema de la terminación del análisis (Das Problem der Beendigung der Analysen 1964 [1928]), Ferenczi estimaba que "el análisis debe morir, por así decirlo, de extenuación" (p.377). En este proceso de separación, Ferenczi destaca

que el paciente, finalmente, debe ser convencido completamente de que en el análisis él se reserva un nuevo medio de satisfacción, aunque siempre imaginario, que no le aporta nada en la realidad. Una vez que logra lentamente superar el duelo que esta intelección le produce, el paciente inevitablemente se vuelve a otras posibilidades, más reales, de satisfacción (p.378).

Esta manera de ver las cosas corresponde con las dos condiciones que Freud pone para la terminación:

[...] la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones, y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión (Freud 1937c, p.222).

Según Freud, los factores que determinan el posible resultado de la cura psicoanalítica son los traumas, la intensidad constitucional de las pulsiones y los cambios yoicos. El estima que la etiología traumática de las neurosis ofrece posibilidades de curación especialmente altas. "Sólo en el caso con predominio traumático conseguirá el análisis aquello de que es magistralmente capaz" (Freud 1937c, p.223). El que se logre integrar las pulsiones en el yo, depende de su intensidad (constitucional o transitoria). No obstante, es escéptico frente a la posibilidad de que el análisis tenga éxito en lograr una incorporación permanente y armónica de las pulsiones en el yo, ya que la intensidad pulsional puede aumentar accidentalmente en ciertas etapas de la vida, o como resultado de nuevos traumas o frustraciones involuntarias.

Hoy en día, sabemos que Freud, considerando retrospectivamente su análisis de Ferenczi, llegó a la conclusión de que no es posible influir en análisis un conflicto pulsional dormido, estimando que la activación manipulativa de los conflictos era inmoral.

Pero aun suponiendo que [el analista] hubiera descuidado unos levísimos indicios de esta última [transferencia negativa] -lo cual no estaría excluido, dada la estrechez del horizonte en aquella temprana época del análisis-, seguiría siendo dudoso que tuviera el poder de activar por su mero

señalamiento un tema o, como se dice, un "complejo", mientras éste no fuera actual en el paciente mismo (Freud 1937c, p.224).

Así, al depender la intensidad pulsional y su modificación de imponderables no previsibles, Freud dio una importancia especial al análisis de los cambios yoicos. Por estos cambios, él entiende alteraciones en el yo por efecto de la defensa y por la distancia de un yo normal ficticio. Con esto, Freud recogió ideas que A. Freud había incluido un año antes en su libro *El yo y los mecanismos de defensa* (1936). Ya en 1933, Reich había señalado que las resistencias del carácter, consideradas por él como un acorazamiento adquirido del yo, a menudo contrariaban los avances del análisis.

Las modificaciones en la teoría psicoanalítica producidas por la introducción de la teoría estructural y la teoría de los mecanismos de defensa, como el análisis de la resistencia y del carácter, que cobraron importancia bajo la influencia de Reich, llevaron a una prolongación de los análisis.

Con todo, la prolongación de los análisis está determinada por muchos factores. Es inquietante que Glover, quien durante muchos años fue el responsable de la investigación en el instituto psicoanalítico de Londres, en su escrito sobre criterios terapéuticos del psicoanálisis, afirmara que:

cuando se trata de tomar una decisión en torno a la duración, es recomendable recordar que los primeros analistas solían completar los análisis en un plazo de 6 a 12 meses, los que, hasta donde he podido averiguar, no diferían mayormente en sus resultados de aquellos que actualmente pretenden analistas que prolongan sus análisis por cuatro o cinco años (Glover 1955, pp.382-383).

Las investigaciones de Balint (1948, 1954) sobre los efectos de la formación analítica y de los análisis didácticos en la duración de los análisis terapéuticos son dignos de destacar por su franqueza sin maquillaje. El desarrollo posterior ha confirmado los hallazgos de Balint. En todo el mundo es claro que el aumento en la duración de los análisis terapéuticos depende de la duración de los análisis didácticos. Balint señaló que la "superterapia" se refiere a una exigencia que Ferenczi planteó en 1928:

En ocasiones anteriores, a menudo he indicado que no veo diferencias de principio entre un análisis terapéutico y uno didáctico. Quisiera completar esta afirmación, en el sentido de que, mientras en la práctica, la terapia no necesita penetrar en cada caso en aquellas profundidades que designamos con el nombre de terminación perfecta del análisis, el analista mismo, de quien tanta gente depende, debe co-nocer y dominar aun las debilidades más escondidas de su propia personalidad, lo que sin un análisis completamente terminado es imposible (1964 [1928a], p.376).

Balint (1954, p.344) llamó "superterapia" a este análisis totalmente terminado, y describió sus metas con palabras de Freud:

En su nombre se inquiere si se ha promovido el influjo sobre el paciente hasta un punto en que la continuación del análisis no prometería ninguna ulterior modificación. Vale decir, la pregunta es si mediante el análisis se podría alcanzar un nivel de normalidad psíquica absoluta, al cual pudiera atribuirse además la capacidad para mantenerse estable [...] (Freud 1937c, pp.222-223).

Es alarmante que, según la opinión de Balint, la formación de escuelas dentro del movimiento analítico y el agobio de la profesión sean las causas de la prolongación de los análisis didácticos. La continuación de tales análisis aun después de la finalización oficial de la formación coincide con la alta valoración de estos análisis voluntarios, como un asunto totalmente privado. Balint va más allá y dice que sólo en los últimos años se han levantado algunas tímidas voces que ponen en duda la "superterapia". La verdad es que ya no se trata de una terapia, ni siquiera del logro de una meta formativa, sino que del más puro conocimiento de sí mismo.

En la historia del análisis didáctico, que de acuerdo con Balint tuvo su primera fase en la docencia, la segunda en la demostración y su tercera en el análisis propio, Balint menciona una cuarta fase que es la de la investigación. Nos parece que la transformación del análisis didáctico en superterapia con un fin en sí misma, carece de todo aquello que comúnmente se entiende como investigación. Pues lo que en realidad pasa en los largos análisis didácticos no es de ningún modo investigado científicamente. Especialmente revelador es que el movimiento psicoanalítico en su conjunto está poseído por la idea de la superterapia, de verdad, ¡vive de ella! Los análisis didácticos y los análisis supervisados son la base sobre la cual se constituyen las escuelas, en torno a las distintas formas de superterapia. El resultado es exactamente opuesto al que Ferenczi esperaba de la perfección de los análisis didácticos, que llamó la segunda regla fundamental del psicoanálisis:

Desde el establecimiento de esta regla, desaparece progresivamente la significación del elemento personal del analista. Todo el que ha sido analizado en profundidad, que ha aprendido a conocer y a dominar las inevitables debilidades y peculiaridades de su propio carácter, llegará, inevitablemente, a las mismas conclusiones objetivas en la observación y en el tratamiento de la misma materia prima psicológica, y, consecuentemente, aplicará las mismas tácticas y métodos técnicos en su manejo. Tengo la firme impresión de que, desde la introducción de la segunda regla fundamental, las diferencias en la técnica analítica tienden a desaparecer (Ferenczi 1964 [1928b], p.382).

Balint ofrece el siguiente comentario:

Es una experiencia patética, y que devuelve la sobriedad, comprobar que, a pesar de que esta descripción idealizada y utópica da una imagen bastante acertada de los clisés actuales del movimiento psicoanalítico, es totalmente falsa mirada desde el punto de vista del conjunto. Ferenczi previó correctamente las consecuencias de una "superterapia", pero no pensó en la posibilidad de que el desarrollo real pu-diera conducir a muchas "superterapias" yuxtapuestas, que compiten entre sí y que llevan a una reedición de la confusión de lenguas de Babel (1954, p.161).

Esta competencia tendría que ser decidida en base a criterios cualitativos. Ya que en el caso de las superterapias privadas éstos no pueden ser objeto de investigación, se recurre entonces a los números: mientras más largo un análisis, entonces mejor es. La competencia es así decidida por la duración de las superterapias.

Las identificaciones que tienen lugar en los análisis didácticos y de control conducen, además, a hacer equivalentes los análisis terapéuticos, y su duración, con la propia experiencia de analizado. De este modo, dependiendo de la duración de los didácticos, se prolongan los análisis terapéuticos. Naturalmente ésta no es la única razón, pero la hemos destacado pues ese aspecto de tan complejo tema rara vez se discute.

Como razón fundamental para la prolongación de los análisis terapéuticos se menciona el descubrimiento de patologías de origen preedípico. Las teorías de relaciones de objeto prometían poder tratar exitosamente los trastornos narcisistas y fronterizos de personalidad por medio de análisis largos. Esto condujo indirecta-mente a la prolongación de los tratamientos con pacientes neuróticos, en quienes se diagnosticaron con mayor frecuencia núcleos narcisistas de personalidad. En muchas sociedades analíticas latinoamericanas, por ejemplo, se da por sentado que el análisis debe alcanzar lo que se ha llamado la "parte psicótica de la persona-lidad". En el relato oficial de J. Bleger al IX Congreso latinoamericano de psico-análisis (Caracas 1972), sobre "criterios de curación y objetivos del psicoanálisis", leemos:

Si tomamos en cuenta ahora los aportes de la experiencia clínica y técnica con pacientes de otras características, tales como personalidad psicopática, drogadictos, psicóticos, caracteropatías, trastornos de la personalidad (as if, personalidad autoritaria, personalidad ambigua, etc.), tenemos que agregar [...] otro nivel constituido por la parte psicótica de la personalidad (P.P.P.).[...] En la P.P.P. incluyo toda aquella parte de la personalidad que no ha entrado en la discrimi-nación de la posición esquizoparanoide y que se mantiene o ha regresado a una condición de fusión o de falta de discriminación, que he denominado sincretismo (Bleger, 1972, p.13).

Más allá de las diferencias entre las teorías sobre los trastornos de origen temprano, todas sin excepción conciernen a capas más profundas que se supone pueden ser alcanzadas sólo con dificultad y después de un largo trabajo.

Nos topamos aquí con una contradicción que señaló Rangell (1966): él considera imposible que las experiencias tempranas preverbales puedan ser revividas en el análisis. De acuerdo con ello, el análisis de las capas más profundas de la vida psíquica no podría llevarse a cabo donde los teóricos de las relaciones de objeto, en la tradición de Ferenczi o Klein, o donde los teóricos del self, en la tradición de Kohut, lo creían. Surge la pregunta: Si así fuera, si no se alcanzan las capas profundas, ¿adónde se llega entonces? Esta es una pregunta que se puede plantear a todas las escuelas, en relación a la permanente prolongación de los tratamientos analíticos.

De manera clara, Freud describió una relación cuantitativa y cualitativa entre la duración de la terapia y la naturaleza crónica y la severidad de la enfermedad:

Es verdad que el tratamiento de una neurosis grave puede prolongarse fácilmente varios años, pero, en caso de éxito, pregúntense ustedes cuánto tiempo más habría persistido la afección. Es probable que una década por cada año de tratamiento, vale decir que la condición de enfermo nunca se habría extinguido, como hartamente lo vemos en enfermos no tratados (Freud 1933a, p.144).

De esto surge la lapidaria afirmación práctica: "El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico" (1937c, p.222), pues el paciente ya no sufre de síntomas y porque una recaída no es de temer.

Medios, vías y fines

Criterios de terminación

Si tomamos en serio esta fundamentación, entonces la duración se vincula con procesos de decisión que imponen grandes exigencias a la responsabilidad del analista.

Junto a muchos otros, nosotros abogamos por una mayor transparencia en relación a las fijaciones de plazos. Nuestra recomendación es guiarse por la gravedad de los síntomas y por las metas de la terapia, en lo que a duración de los tratamientos analíticos se refiere. No es posible poner la gravedad de la enfermedad y la frecuencia del tratamiento en una relación proporcional directa: mientras más enfermo un paciente, mayor la frecuencia de sesiones. Lo decisivo es la calidad de aquello que gestiona el analista en el tiempo dado, y lo que el paciente puede recibir y procesar interiormente. Son justamente los pacientes graves, que buscan mucho sostén y apoyo, quienes simultáneamente tienen grandes dificultades para regular sus necesidades de cercanía y distancia. Así, se plantean para la discusión complicadas cuestiones de dosificación, que exigen considerar la situación desde un punto de vista cualitativo. Por esto es particularmente dudoso que los aspectos cuantitativos (duración y frecuencia) desempeñen un papel tan importante en los análisis supervisados o de control que los candidatos llevan a cabo en el marco de la formación



analítica. Las sociedades psicoanalíticas fijan un número mínimo de sesiones para los análisis supervisados. Los intereses propios del candidato, es decir, el poder alcanzar su meta profesional, interfieren casi inevitablemente con la solución de la cuestión de qué duración y qué frecuencia pueden guardar de mejor manera los intereses del paciente. Por ejemplo, la Asociación Psicoanalítica Alemana coloca en 300 horas el mínimo de duración para los casos de control, con la expectativa de que el análisis sea posteriormente continuado. Estos requisitos crean complicaciones adicionales, porque, bajo las condiciones impuestas por el sistema alemán de seguros de enfermedad sobre la duración de la psicoterapia y del psicoanálisis, el financiamiento de la terapia psicoanalítica, más allá de las 300 horas de tratamiento, se rige por criterios muy especiales (véase sección 6.6). Bajo tales circunstancias es difícil para cualquier analista, y no sólo para candidatos en formación, encontrar soluciones satisfactorias basadas en evaluaciones cualitativas.

### 8.9.3 Criterios de terminación

El peligro de ajustar los criterios para la terminación y las metas a alcanzar de acuerdo con nuestras ideas personales y/o con las ideas o teorías por el momento de moda, está siempre presente. Algunas formulan sus metas en un nivel puramente metapsicológico, donde son difícilmente cuestionables, mientras que otras buscan su orientación en el nivel de la práctica clínica. El tipo de preguntas que el analista se plantea en relación a las metas del tratamiento, determina la naturaleza de las respuestas que encuentra. Por ejemplo, Weiss y Fleming (1980) ofrecen las siguientes respuestas a la pregunta de cuál debe ser el estado de la personalidad del paciente cuando abandona el tratamiento: según ellos, los análisis bien hechos se caracterizan porque, en comparación con antes, el paciente vive más libre de conflictos y de manera más autónoma, y está equipado con una mayor confianza en su propia capacidad. Se puede comprobar un aumento en pensar tipo proceso secundario, en la capacidad para una prueba de realidad crítica y en las capacidades de sublimación. Han mejorado las relaciones de objeto y el paciente capta mejor la diferencia entre "el analista como persona y profesional" y "el analista como objeto transferencial".

Otro grupo de preguntas se refieren a si el paciente dispone de suficientes medios e instrumentos para continuar el proceso analítico de manera independiente. Con esto, debemos recoger nuevamente el tema del autoanálisis, debido a su gran importancia. De acuerdo con lo descrito en la sección 8.4, en relación al proceso según el cual el paciente se identifica con el analista, vemos la identificación con él y su técnica analítica como el paso más decisivo para el progreso futuro de un análisis. Estamos de acuerdo con Hoffer (1950), con G. Ticho (1967, 1971) y con E. Ticho (1971), quienes plantean que la adquisición de la capacidad para el autoanálisis es una meta primaria del tratamiento

psicoanalítico. Sin embargo, esta meta se contrapone al hecho de que hasta el momento es muy poco lo que se ha descrito acerca de lo que realmente pasa en un paciente cuando éste intenta practicar el autoanálisis después de que el tratamiento ha terminado. Después de entre-vestir a varios colegas, G. Ticho (1971) presentó una clasificación conceptual que puede ser de ayuda para investigaciones posteriores. Según él, el autoanálisis es un proceso que se compone de diferentes pasos de trabajo que deben ser aprendidos de manera consecutiva

La habilidad [de autoanálisis] se desarrolla para:

1. Captar señales de conflictos inconscientes; por ejemplo, una respuesta irracional o exagerada es percibida sin que se la deba sobrecompensar inmediatamente con mecanismos de defensa tales como desplazamiento y proyección.
2. Dejar que los pensamientos puedan fluir siguiendo su curso propio sin demasiada angustia, para asociar libremente y para lograr un acceso relativamente libre al ello.
3. Ser capaz de esperar largo tiempo hasta entender el significado de un conflicto inconsciente, sin decepcionarse y sin abandonar la tarea. El desarrollo de esta habilidad es un indicador de cuánto pudo identificarse el paciente con la parte del analista que espera confiadamente en el análisis hasta que el analizando esté listo para solucionar el conflicto.
4. Ser capaz de seguir la pista de los insights ganados y de lograr un cambio en uno mismo [y/o en el medio ambiente]. Esta habilidad se establece tan pronto el yo es suficientemente fuerte, y si el analizando fue capaz en el análisis de tener la experiencia de que el insight puede realmente conducir a modificaciones yoicas (G. Ticho 1971, p.32).

Asumimos que la capacidad para el autoanálisis se establece en un proceso de aprendizaje continuado, diríamos, casi al pasar, a lo largo del cual el analizando se va identificando con las funciones analíticas (véase 8.4). La terminación del tratamiento puede planificarse cuando el analista se siente capaz de esperar que su analizando haya adquirido la capacidad para el autoanálisis. Una vez que esta meta ha sido alcanzada, los demás criterios de terminación pueden ser relativizados. Firestein (1982) compiló una lista de criterios, como mejoría sintomática, cambio estructural, constancia de objeto fiable en las relaciones y balance equilibrado entre mundo pulsional, superyó y estructura defensiva. Relativizar estos criterios no significa rechazarlos, sino pesarlos cuidadosamente en comparación con otras metas que podrían ser alcanzadas si se diera una prolongación del trabajo analítico. Una fijación de metas en términos de rasgos de personalidad, en vez de hacerlo en término de habilidades, no satisface la admonición que Freud hace en Análisis terminable e interminable (1937c, p.251): "El análisis debe crear las condiciones

psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea".

Medios, vías y fines

La fase postanalítica

Los límites de la modificabilidad son a menudo más estrechos de lo que quisiéramos creer. El lograr que el paciente conozca estos límites, frecuentemente significa para el paciente un paso más importante que seguir tras una utopía. Esta posición puede sorprender, ya que hemos estado llamando constantemente la atención sobre los cambios que deben ser exigidos como resultado de la unión inseparable entre curar e investigar (véase capítulo 10). No obstante, y ya que el concepto de "cambio estructural", como meta del tratamiento, es una de las construcciones más difíciles de captar de la psicología psicoanalítica de la personalidad -tanto desde el punto de vista teórico como práctico-, preferimos contentarnos aquí con cambios que coloquen al paciente en la situación de organizar mejor su vida que antes del tratamiento, en conformidad con sus deseos y limitaciones. Las palabras de Freud "Wo Es war, soll Ich werden" <sup>3</sup> describen entonces metas realistas del tratamiento analítico cuando se le devuelven al yo las capacidades de entendimiento (Einsicht) y de acción.

#### 8.9.4 La fase postanalítica

El manejo de la relación con el paciente después de la terminación del tratamiento psicoanalítico ha recibido poca consideración. Incluso en las conversaciones informales entre analistas, las comunicaciones sobre el tema son más bien raras, en claro contraste con el intensivo intercambio de experiencias en otros campos. El panorama que podemos tener sobre la manera como Freud manejaba este asunto, está influido por el hecho de que, en los últimos años, se han dado a conocer en el mundo analítico (Cremerius 1981b) diversos informes (Blanton 1971; Doolittle 1956) sobre tratamientos conducidos por él, que provienen de pacientes cuya posición excepcional -Blanton, como analista, y Doolittle, como escritora que Freud tenía en alta estima- impide sacar conclusiones sobre cómo Freud se las arreglaba con pacientes comunes y corrientes.

Con todo, existe actualmente consenso en pensar que la fase postanalítica tiene una gran importancia para el curso y el desarrollo ulterior de los procesos madurativos iniciados en el tratamiento. En el libro de Menninger y Holzman (1948, p.179) encontramos la siguiente afirmación lapidaria: "Las partes se separan. El contrato ha sido cumplido".

El tema de lo que ocurre después de la separación real entre analista y paciente es un área en la cual los "analistas, tan faltos de un planteamiento científico, se privan de la información y de las posibles contradicciones que son tan vitales para el crecimiento del psicoanálisis como ciencia" (Schlessinger y Robbins

1983, p.6). Por largo tiempo, las investigaciones de seguimiento sistemático fueron la excepción; los pocos estudios serios, que revisaremos más adelante, señalan, más que claramente, que nuestras ideas sobre la fase postanalítica y el procesamiento que sigue a la experiencia terapéutica psicoanalítica forman parte de aquellas minas de oro que hemos pasado demasiado tiempo por alto. Debemos ser muy cuidadosos al trasladar la experiencia de autoanálisis, como la han descrito Kramer (1959), G. Ticho (1971) y Calder (1980), al posterior desarrollo de los pacientes. Después de nuestra formación y a través de la pertenencia a la comunidad profesional estamos en contacto permanente con otros analistas, y por nuestro trabajo diario nos

---

3 Esta famosa frase es difícil de traducir, pues, además del sentido técnico psico-analítico ("donde estaba el ello debe llegar a establecerse el yo"), alude al uso coloquial del pronombre es. Este último se refiere a la función del es en la descripción de acontecimientos que, si bien suceden "como desde fuera", es decir, sin causalidad definida, impactan de manera personal, condensadísima descripción de la naturaleza de los motivos inconscientes; de acuerdo con esto, la traducción, en mal castellano, diría: "donde ello (Es) era, debo devenir yo" (véase página 43 de este libro y también José Luis Etcheverry, Sobre la versión castellana, pp.89-119 en Obras completas de S. Freud AE [1981]; nota de J.P. Jiménez).

vemos obligados a confiar en nuestro autoanálisis. La concepción de una fase postanalítica, introducida por Rangell (1966), corresponde a nuestro entendimiento procesal del desarrollo de una terapia. La forma que debieran tomar tales contactos postanalíticos es un punto discutible que está determinado por una inadecuada concepción de la resolución de la transferencia (véase capítulo 2) y la correspondiente angustia de una reactivación de la transferencia.

¿Debe el analista trabajar con miras a que el paciente no vuelva nunca más a tomar contacto con él, con el objetivo de que el análisis se integre de tal forma en la vida de éste, que sucumba ante una amnesia, como pasa con los recuerdos infantiles?, ¿o debe dejar la puerta abierta para nuevos contactos? E. Ticho (citado por Robbins 1975) opina que el analista no debe asegurar al paciente de que está dispuesto para nuevas consultas, pues esto puede minar la confianza en sí mismo del paciente. Al contrario, Hoffer (1950) ofrece respaldo en esta fase, en la medida en que los pacientes lo necesiten. Buxbaum (1950, p.189) piensa que es un signo de análisis exitoso el que el ex paciente pueda decir "he can take or leave the analyst" ("él puede tomar o dejar al analista"; en inglés en el original). Según su opinión, esto puede ser facilitado si el analista concede al paciente la posibilidad de nuevos contactos, cuando éste lo quiera y necesite, sin que para ello sea necesario la existencia de algún síntoma. Su experiencia es que los pacientes hacen uso ocasional de esta oferta pero sin abusar de ella. El estricto "nunca más" tendría más bien efectos traumáticos en el paciente,

porque lo coloca en una posición pasiva. Dewald (1982) propone manejar la cuestión del contacto postanalítico con mucho tacto. Este autor opina que es muy doloroso para un paciente que su petición de contactos posteriores sea rechazada. Otros autores piensan que el acuerdo de llevar a cabo contactos analíticos posteriores es un incentivo poco sano para la enfermedad. Greenson (véase Robbins 1975) hizo el siguiente experimento: por algunos meses después del análisis vio al paciente cada cuatro semanas. El resultado fue que el papel del analista cambió: de psicoanalista del paciente se convirtió en oyente del autoanálisis. Etchegoyen (1986) también se inclina por mantener algún tipo de contacto periódico con los pacientes y por un tiempo variable, a objeto de poder estudiar el proceso postanalítico y evaluar los resultados del análisis. Insiste, eso sí, en que "la terminación debe ser concreta y poco ambigua, dejando al analizado la libertad de volver si lo desea, más allá de las entrevistas programadas de seguimiento" (p.595).

Parece obvio que el analista debe adoptar una posición flexible. Si es claro que los contactos postanalíticos se necesitan por remanentes de la neurosis de transferencia, se impone un tratamiento en la forma como lo ha descrito Bräutigam (1983, p.130). Con todo, por lo general es conveniente transmitir al paciente que, en caso de un fracaso de sus propias capacidades de autoanálisis en la superación de dificultades emergentes, puede reanudar el contacto con su analista propio o con algún otro (véase Zetzel 1965).

Otra pregunta distinta es la manera como el analista estructura los contactos reales después de un tratamiento, que se puedan producir sin planificación previa o por razones profesionales. En estos casos, la actitud analítica de distanciamiento no es ya la adecuada y sólo tiene efectos inhibitorios y dañinos. Sin embargo, el otro extremo se caracteriza por los esfuerzos para evitar la neutralidad estimulando al paciente a una familiaridad prematura e intensa, frente a la cual éste a menudo reacciona como si se tratara de una amenaza de seducción. Ambas actitudes tienen consecuencias negativas. La primera lleva a inhibiciones y dependencia regresiva, mientras que la última desencadena confusión, angustia o acting out hipomaniaco. El mejor camino para estructurar los contactos sociales y profesionales después de la terminación de un tratamiento, se encuentra entre ambos extremos (Rangell 1966).

En lugar de una separación radical, quisiéramos, en general, proponer el modelo de la estructura inconsciente de la relación con el médico de cabecera. Balint planteó que el aspecto decisivo de la relación con el médico de familia es la sensación de que éste está disponible para cuando se lo necesite. En nuestra opinión, el analista debe conducir la reelaboración de los problemas de separación partiendo desde este sentimiento básico. Creemos que comparar la separación con la muerte es elevar la relación analítica a una posición inadecuada. Esto conduce a una dramatización artificial, por cuyo intermedio se refuerzan de tal forma las fantasías inconscientes de omnipotencia y su proyección, que la separación se hace más difícil. Por eso parece justificarse la mantención de un tipo de relación latente, ya que nadie está libre de ser

afectado por cambios en las condiciones de vida que lo hagan desear recurrir nuevamente a un analista. El que éste sea el mismo o, por razones externas, otro, es algo secundario. Lo importante es el sentimiento de haber tenido una buena experiencia; esto es lo que da la confianza necesaria para buscar nuevamente ayuda analítica.

Uno de las áreas de estudio más descuidadas, cuya investigación fue alentada por Waelder (1956), es la de la observación a largo plazo después de la terminación del análisis. Aquí nos parece adecuado distinguir entre las investigaciones catamnés-ticas clínicas no sistemáticas y las sistemáticas con metodología empírica. Ambas tienen su propia significación. Los analistas que trabajan en sus consultorios privados pueden hacer importantes observaciones a largo plazo en casos individuales. La preocupación desmesurada por una innecesaria reactivación de las transferencias ha restringido demasiado la curiosidad y la disposición de los analistas a tomar contacto con sus antiguos pacientes.

Pfeffer (1959) introdujo un procedimiento de seguimiento que se adecua al método psicoanalítico. Este procedimiento, cuya utilidad ha sido confirmada en estudios ulteriores (Pfeffer 1961, 1963) toma la forma de entrevista psicoanalítica. En todos los casos examinados, se demostraron claramente efectos de conflictos inconscientes persistentes, que guardaban relación con los conflictos diagnosticados originalmente; la ganancia positiva del tratamiento psicoanalítico consistía, predominantemente, en la capacidad de los pacientes para tratar estos conflictos de manera más adecuada.

La convicción de que tales investigaciones de seguimiento no sólo merecen una legitimación externa, sino que también representan un método productivo para el estudio de cambios postanalíticos, parece imponerse gradualmente (Norman y cols. 1976; Schlessinger y Robbins 1983). Los estudios de caso existentes demuestran la estabilidad de patrones de conflicto recurrentes; tales patrones se adquieren en la infancia y, como tales, son relativamente inmodificables. Ellos constituyen el punto de partida de procesos de maduración y desarrollo, configuran las vivencias infantiles y forman el núcleo de la neurosis. La acción del tratamiento psicoanalítico no lleva a una extinción de estos patrones de conflicto, sino a una mayor capacidad de tolerancia y dominio de la frustración, la angustia y la depresión, a través del desarrollo de la capacidad para el autoanálisis. Esta se establece como una estrategia preconsciente de vencimiento pasando por la identificación con los esfuerzos del analista para observar, para entender y para integrar procesos psicológicos. De esta manera resumen Schlessinger y Robbins los resultados de sus investigaciones de seguimiento en su monografía. Creemos que estas constataciones sacan un peso de encima a los analistas, y al mismo tiempo representan una fuente de satisfacción, ya que, precisamente a través de tales investigaciones de seguimiento, el trabajo del análisis puede documentarse de manera más realista y justa.

Las catamnesis sistemáticas persiguen otras metas, especialmente aquellas que han sido posibles en clínicas psicoanalíticas ambulatorias, desde que Fenichel (1930) realizara el primer estudio sobre los resultados del instituto psicoanalítico de Berlín (véase Jones 1936; Alexander 1937; Knight 1941). Tales investigaciones buscan evaluar la influencia de diferentes factores en el proceso terapéutico y sus resultados, y sólo son posibles con una muestra amplia de datos (véase, por ejemplo, Kernberg y cols. 1972; Kordy y cols. 1983; Luborsky y cols. 1980; Sashin y cols. 1975; Weber y cols. 1985; Wallerstein 1986). Un panorama de la situación de la investigación sobre resultados en psicoterapia se puede obtener del estudio de Bergin y Lambert (1978).

Muy pocos analistas han reconocido la importancia de tales evaluaciones globales de resultados, a pesar de su enorme valor para las políticas de salud mental. En Alemania, los estudios de seguimiento de este tipo contribuyeron decisivamente a la incorporación del psicoanálisis en los tratamientos cubiertos por los seguros de enfermedad (Dührssen 1953, 1962). Justamente porque el estado actual de la investigación sobre resultados terapéuticos ya superó la etapa de los procedimientos simplificadores (Kächele y Schors 1981), se hacen urgentemente necesarios estudios sistemáticos de seguimiento sobre la legitimidad de la inclusión de los psicoanálisis prolongados en los tratamientos cubiertos por el sistema de seguros de salud pública, especialmente en vista de los impactantes resultados de las psicoterapias psicodinámicas breves (Luborsky 1984; Strupp y Binder 1984).

## 9 El proceso psicoanalítico

En los capítulos precedentes hemos discutido distintos aspectos del tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, no hemos puesto nuestra atención en la incorporación de éstos al proceso terapéutico como un todo. Nos hemos concentrado en segmentos de duración muy variable en el curso del tratamiento, y hemos alternado macro y microperspectivas del proceso analítico (véase Baumann 1984). Por un lado, hemos hecho uso de la lupa para observar pequeñas facetas del tratamiento, tales como las preguntas que el paciente hace al analista, y, por el otro, hemos investigado las estrategias terapéuticas generales del analista, manteniendo la distancia necesaria frente a los detalles.

El tratamiento psicoanalítico puede ser caracterizado de muchas maneras. Una amplia variedad de metáforas han sido usadas para delimitar los rasgos específicos de los esenciales. Nos hemos referido a la comparación de Freud del proceso analítico con el ajedrez, y a las analogías que él vio entre las actividades del analista y las del arqueólogo, del pintor y del escultor (capítulos 7 y 8). Aunque Freud no dejó lugar a dudas de que el analista puede influir decisivamente en el curso del análisis, para mejor o para peor, acentuó mucho más fuertemente su autonomía:

El [analista] introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisarlos, promoverlos, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto viciarlos en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá (Freud 1913c, p.132; la cursiva es nuestra).

En estas metáforas están implícitas las teorías y los modelos que a continuación queremos investigar. La exhortación de Sandler (1983) de poner de relieve la dimensión del significado personal en los conceptos, para así lograr progresos reales, se dirige también al analista tratante:

La investigación debiera dirigirse a hacer explícitos los conceptos implícitos del psicoanalista tratante. Pienso que este proceso conducirá a un desarrollo acelerado de la teoría psicoanalítica. Los aspectos esenciales de tal teoría deben ser aquellos que se relacionan con el trabajo que el analista tiene que hacer, y por eso su énfasis principal debe ser clínico (p.43).

Como ayuda para este trabajo, en lo que sigue discutiremos la función de los modelos procesales (9.1), los rasgos esenciales para su evaluación (9.2), y distintas maneras de describir el proceso (9.3), incluyendo nuestro propio modelo (9.4).



El proceso psicoanalítico  
La función de los modelos de proceso  
9.1 La función de los modelos de proceso

Si ponemos nuestra atención sobre el proceso terapéutico, es decir, sobre el camino total que paciente y analista recorren juntos, entre la entrevista inicial y la terminación del análisis, se hace necesario relegar a un segundo plano la mayoría de los eventos que ocurren a lo largo de él. Debemos restringirnos a lo esencial, pues, de otro modo, corremos el riesgo de que los árboles nos impidan ver el bosque. El corazón del asunto en relación a la función y a las dificultades generales de los modelos procesales, es que los eventos no son importantes en sí, sino que llegan a ser esenciales por el significado que les damos. Aquello que el psicoanalista considere como esencial en el curso de la terapia, dependerá de los patrones de significado que ha interiorizado en relación a la organización y al curso del proceso psicoanalítico. Por el momento, podemos posponer la pregunta de cuán explícitas y diferenciadas son, o debieran ser, estas ideas acerca del proceso. Ahora, quisiéramos solamente destacar que el terapeuta no puede conducir ni evaluar un tratamiento sin tener un modelo de los cursos posibles de una terapia, que lo provea de instrucciones para la acción y de criterios de evaluación.

Lo que se puede decir sobre el proceso psicoanalítico, sin recurrir a un modelo de proceso, es bastante poco. Por ejemplo, Grinberg y cols. (1968), dan la siguiente definición: "el proceso psicoanalítico es una sucesión de ciclos de cambios [...] en el paciente" (p.94). Inmediatamente agregan: "La duración de estos ciclos depende del tipo de fenómenos que se observan en los mismos y de la naturaleza del enfoque del analista" (p.94; la cursiva es nuestra). Entonces, ya en la definición de proceso está implícito el modelo que el analista tenga del mismo. Estos autores ofrecen algunas notas esenciales de su definición: "proceso analítico implica progreso" (p.94). Cómo se define el progreso, de acuerdo con qué parámetros, es también materia de un modelo, pues el progreso sólo puede pensarse en términos de metas, medios y vías para alcanzarlas, lo que depende de las diversas concepciones. Si en la definición de proceso se incluye la nota del progreso, quedan fuera todos aquellos tratamientos en los cuales el curso no llevó a la curación, sino que evolucionaron en un sentido iatrogénico. En este sentido, Baranger y cols. (1983) plantean que "el progreso venidero en psicoanálisis resultará del estudio de la experiencia clínica en sus fronteras, en sus límites extremos, en sus fracasos. Por ello concentramos nuestra investigación en el proceso analítico fallido, allí donde el proceso tropieza y se detiene" (p.14; la cursiva es nuestra). Por otro lado, Bleger (1967) plantea que, implícito en el concepto de proceso, es decir, en la idea de cambios en el tiempo, está el concepto de "no-proceso", que incluye todos aquellos fenómenos que no cambian durante el proceso, es decir, que son constantes, en contraste con las variables procesales. A partir de este "no-proceso", Bleger define el encuadre, o marco dentro del

cual se desarrolla el proceso. Klimovsky (1982, citado por Et-chegoyen 1986, pp.491-493) ofrece cuatro acepciones para el concepto de "proceso analítico". Las dos primeras incluyen la referencia al tiempo y a los cambios que progresan en un sentido determinado. La tercera acepción incluye la idea del enca-denamiento causal, donde los estados anteriores determinan los posteriores. Esta nota de la continuidad genética (Riviere, 1936; Isaacs, 1948) está, como veremos, en la base de casi todos los modelos de proceso. Es aquí donde los modelos corren el peligro de transformarse en prescriptivos y dejar de ser útiles para describir el proceso de cambios. Por último, el concepto de proceso también implica la participación del analista en la determinación del curso que toman los cambios. Sin embargo, qué se entiende por esta participación, o hasta dónde alcanza la influencia del analista en el proceso total, es algo que depende esencialmente de la teoría que se tenga. A lo largo de este volumen hemos vuelto una y otra vez a la discusión sobre la naturaleza bipersonal de la relación analítica y sobre la contribución del analista al proceso. En este punto, y en base a esa discusión, queda claro, una vez más, que no se puede definir el proceso psicoanalítico sin recurrir a las representaciones y modelos que el analista tenga de él.

Las representaciones que el analista tiene sobre el proceso cumplen una importante función reguladora en la conversión de sus metas de tratamiento en intervenciones. En esta medida, las concepciones sobre el proceso no son algo teórico y abstracto. Por el contrario, son, de una manera más o menos elaborada, componentes de la práctica diaria de todo terapeuta. Por cierto, aquí comienzan las diferencias cualitativas entre representaciones procesales más bien implícitas y los modelos elaborados: mientras menos explícito sea un modelo, o mientras se lo formule de manera más general, más fácilmente evade la reflexión crítica. Esto explica también que a menudo se traspasen modelos de una generación de analistas a otra, modelos que han sido formulados de un modo tan general que ninguna observación puede contradecirlos. Sin embargo, es discutible que tales modelos sean adecuados para el objeto al que se refieren. En este sentido, uno de los factores decisivos es la posición que ocupen estas ideas sobre el proceso en las escalas "grado de complejidad" y "grado de inferencia": Atribuimos el carácter de modelo a una concepción que se localiza cerca de los polos "complejo" (en oposición a "no diferenciado") y "capaz de ser observado" (en oposición a "no observable"). De acuerdo con Klaus y Buhr 1972, p.729), un modelo es

[...] un objeto que es introducido y usado por un sujeto en base a una analogía estructural, funcional o conductual del original correspondiente, con el objeto de resolver una determinada tarea [...]. El uso de un modelo es especialmente necesario para alcanzar nuevos conocimientos sobre el objeto original en ciertas situaciones.

La concepción de modelo que está en la base de esta definición proviene originalmente del campo científico natural y técnico, lo que se aclara en las siguientes afirmaciones de Klaus y Buhr:

Un rasgo común a todos los modelos es que no pueden ser creados (elegidos o producidos) arbitrariamente, sino que se subordinan a su propia legalidad interna, que es el objeto real de análisis para el sujeto en el experimento modelo, en el co-nocimiento, en la adaptación conductual, etc. (p.730).

Esta definición del concepto de modelo no puede adoptarse en los modelos de proceso psicoanalítico, ya que el tipo de logro de conocimientos, tal como lo practica el analista tratante como observador participante, se diferencia claramente del procedimiento de las ciencias naturales. En éstas, el objeto no es alterado por las observaciones del investigador. El investigador científico influencia el objeto sólo como parte de un experimento controlado. Es empero aún más importante, que la persona del investigador, como aquel que ejerce la influencia, no sea parte del objeto de estudio (véase sección 3.1). Aunque esta posición epistemológica se cuestiona cada vez más (por ejemplo, en física moderna), quedan en pie, no obstante, diferencias cualitativas entre los modos de conocer de un científico y el de un psicoanalista. El analista tratante, que se aproxima a su objeto (el proceso analítico) con un determinado modelo, influencia, mediante sus expectativas, la ocurrencia de eventos que cuadran con éste. Así, un analista que ve la terapia como una secuencia de fases predeterminadas, se fijará cuidadosamente en signos que marquen la transición a la próxima fase. Paralelamente, se hará eco, selectivamente, de aquellas afirmaciones del paciente que concuerdan con su modelo y, con eso, probablemente determinará la dirección que el proceso tome, aunque el analista, inocentemente, crea que sólo se ha limitado a observarlas. De este modo, en la acción terapéutica convierte su modelo del proceso, para él meramente descriptivo, en uno prescriptivo.

Acentuamos esto, no porque sea un procedimiento reprobable; muy por el contrario, el analista no tiene otra alternativa que entender el proceso terapéutico en base al modelo que tenga de él, que deducir hipótesis de tal modelo y que conducir la terapia de acuerdo con esas hipótesis. La cuestión crítica no reside en que el analista deduzca pautas de acción de su modelo de proceso, sino en que las maneje como prescripciones estrictas.

En nuestras reflexiones sobre las reglas y las estrategias terapéuticas (véase capítulos 7 y 8), asignamos gran importancia a la distinción entre estrategias estereotipadas y estrategias heurísticas. Los modelos de proceso también pueden ser aplicados por el analista estereotipadamente, es decir, como si fueran algoritmos. Un algoritmo es una prescripción que estipula de manera precisa los pasos individuales y su secuencia, y que, cuando se sigue exactamente, conduce inevitablemente a la meta prescrita. Los modelos de proceso no pueden ni deben tomar esta función de "receta"; su aplicación tiene

que ser siempre heurística y creativa (Peter-freund 1983). Un modelo puede ser usado como algoritmo, siempre y cuando sea omnisciente, condición que con toda probabilidad nunca será satisfecha en relación al proceso psicoanalítico. Los modelos procesales suministran sugerencias de cómo organizar información diádico-específica, altamente compleja, acumulada durante un largo período. Por cierto, esta forma de organización elegida debe estar siendo constantemente verificada para ver si puede integrar nueva información.

El analista debe poner especial atención en la información que no cuadra con su modelo. De entre la enormidad del material a disposición, el analista siempre podrá encontrar confirmaciones, sin que eso hable mucho a favor de la utilidad de su entendimiento del proceso. Al contrario, la información que no puede ser integrada al modelo le sirve como un incentivo para modificar su comprensión del proceso analítico, hasta hacerla compatible con la nueva información. De este modo, la imagen en la cabeza del analista se aproxima poco a poco a su objeto.

El proceso psicoanalítico

Características de los modelos de proceso

Conocemos bien los esfuerzos mentales que se consumen, y la carga emocional que significa admitir que la concepción de proceso analítico que se ha aplicado es inservible, y así provocar, con toda intención, la inseguridad que necesariamente surge de este reconocimiento. Después de todo, una función esencial de los modelos de proceso es introducir orden en la multiplicidad de información, dirigir la percepción y la conducta del terapeuta, y así garantizar la continuidad de sus medidas terapéuticas. Es totalmente entendible que nadie quiera perder este apoyo, aunque sólo sea temporalmente. Tal pérdida a corto plazo de la orientación es más fácil de tolerar, si se ha abandonado la seductora idea de que existe un modelo procesal "verdadero" junto a otros que serían "falsos". Pensamos que la noción de un modelo verdadero de proceso es tan ficticia como la idea de un verdadero proceso psicoanalítico que sigue leyes naturales y regularidades inmanentes, toda vez que el analista no las perturbe. Los modelos procesales tienen un impacto directo en la terapia. El que un analista acepte la ficción de un proceso "natural", o que vea el tratamiento más bien como un proceso de negociación específicamente diádico, es algo que tiene entonces consecuencias reales para el paciente. De esta última afirmación surge, como consecuencia lógica, la exigencia para el analista de verificar, constantemente, la compatibilidad entre sus suposiciones y las observaciones de la interacción, en cada caso individual.

Ante todo, depende de cada analista, como individuo, que el modelo procesal sea tomado (erróneamente) como una realidad, y que las intervenciones se ajusten de acuerdo con la estereotipia correspondiente, o que, por el contrario, éste sea considerado como una herramienta para la organización del proceso, herramienta que puede ser revisada tan pronto como se adquiera, por medio de estrategias heurísticas, información incompatible con el modelo. Es evidente

que ciertas características favorecen más un entendimiento estereotipado de los modelos, mientras que otras estimulan más bien la aplicación de estrategias heurísticas. Por esta razón, quisiéramos a continuación discutir bajo esta perspectiva distintas características de los modelos procesales.

## 9.2 Características de los modelos de proceso

Como ya lo hemos explicado, el asunto no consiste en distinguir modelos procesales verdaderos de otros falsos. La cuestión es, más bien, verificar cuán adecuados son los diferentes modelos de proceso para deducir estrategias de acción terapéutica efectivas. En este sentido, el criterio central es, en nuestra opinión, contrastar hasta qué punto un modelo dado parte de la suposición de un proceso psicoanalítico que sigue un curso casi natural. No es inevitable que tales modelos conduzcan a una aplicación estereotipada, pero ellos estimulan en el analista las tendencias a orientarse rígidamente según este curso natural esperado. Las observaciones que no concuerdan con este curso conforme al modelo, son a menudo pasadas por alto o interpretadas como manifestaciones de resistencia.

Lo dicho puede ser visto de manera particularmente clara en la manera como los analistas manejan los comentarios de pacientes que testimonian no haber entendido una interpretación determinada, o, simplemente, que declaran no aceptarla. Si el rechazo de una interpretación se interpreta luego, precisamente sobre la base de la misma hipótesis que el paciente no entendió o no aceptó (rechazo que de este modo es entendido como resistencia), el analista permanecerá cautivo en su pre-concepción y el paciente se verá privado de la posibilidad de aportar correcciones esenciales a ésta.

Aun cuando el concepto de resistencia está bien fundamentado, como lo hemos señalado en el capítulo 4, debe poder darse, no obstante, la posibilidad de que el rechazo de una interpretación por parte del paciente, en la comunicación cotidiana de la situación analítica, sea aceptado como una refutación válida (véase Thomä y Houben 1967; Wisdom 1967).

Entre los modelos que suponen un curso "natural" del tratamiento, ocupan un lugar destacado aquellas descripciones, por lo demás muy difundidas, que conciben el proceso terapéutico como análogo al desarrollo infantil temprano. En la sección 9.3 discutiremos el modelo de Fürstenau (1977) como un ejemplo típico. El supuesto más común en tales modelos es que el paciente progresa en el curso de la terapia desde etapas más tempranas a etapas posteriores del desarrollo. El que esto no tiene necesariamente que ser así, lo podemos deducir de la descripción de Balint de una "fase especial en el tratamiento analítico":

Mi experiencia clínica fue brevemente ésta: Cuando el trabajo analítico había ya progresado bastante, es decir, hacia el final de la cura, mis pacientes

empezaron, al principio muy tímidamente, a desear, a esperar, e incluso a exigir, ciertas gratificaciones simples de su analista, aunque no exclusivamente de él (Balint 1952, p.245).

Los pacientes de los que Balint habla, son capaces de probar en la terapia sus su-puestos patógenos básicos (en el sentido de Weiss y Sampson, 1984), sólo des-pués de haber elaborado los conflictos edípicos primarios y de haber con ello lo-grado una mayor fortaleza yoica y seguridad. Siguiendo una proposición de A.E. Meyer (comunicación personal), podemos denominar éste como el "modelo cro-nológico-retrógrado".

Las ideas que el paciente tiene sobre el proceso, o sea, las teorías que trae al tra-tamiento, tienen en esta discusión una importancia propia; ellas son, en su va-riedad y en su expresión, a menudo muy metafórica, un buen reflejo de la manera como el paciente experimenta el proceso. Así, es común que los pacientes hablen del análisis como de la exploración de una casa. Esta metáfora invita a reflexionar sobre la arquitectura interior de un edificio. Aun cuando sea verdad que un archi-tecto experimentado, en base a una cuidadosa observación del exterior, es capaz de suponer mucho sobre el diseño interior de una casa, sólo el entrar en ella puede proporcionar información sobre su distribución y la disposición de los espacios, y sobre el mobiliario y su uso. Por supuesto, las casas tienen muchas cosas en común, que podemos inferir a partir de nuestro conocimiento sobre su cons-trucción y sobre su función. De manera similar, el desarrollo psíquico del hombre nos conduce inevitablemente a través de determinados estadios que muchos autores han descrito (véase Erikson 1970b). Adquirimos nuestra estructura psíquica a tra-vés de la liquidación de las tareas psicológico-evolutivas que todo hombre enfrenta: separación de la simbiosis, triangulación, configuración edípica, procesos de ma-duración de la latencia y adolescencia, etc. Con éstas se llega a distintas interiori-zaciones, con los correspondientes efectos de contenido sobre las formaciones yoica y superyoica. Cuán accesibles sean estas estructuras al trabajo terapéutico, depende de una multitud de factores individuales que interactúan con la técnica, y que resumimos con el concepto de defensa intrapsíquica y adaptación psicosocial (véase Mentzos [1982, p.109] con su modelo diagnóstico tridimensional).

Considerar el proceso terapéutico como paralelo al desarrollo infantil temprano es, por cierto, a menudo adecuado, y puede suministrar una guía fructífera para las intervenciones. Pero, este enfoque se hace problemático cuando es manejado sin flexibilidad, por ejemplo, cuando el analista pasa por alto el hecho de que el pro-ceso terapéutico, del modo como lo conforma el paciente adulto, difiere de las ex-periencias infantiles tempranas en algunos puntos esenciales, en especial en la cualidad de la experiencia subjetiva. Las experiencias tempranas no pueden volver a ser vividas auténticamente; el proceso terapéutico trata siempre con la variedad de experiencias

sobredeterminadas del adulto. Un modelo procesal orientado al desarrollo psicológico debe hacer justicia a estas experiencias.

El elemento seductor de estos modelos reside, como ya dijimos, en la idea de que las fases individuales siguen una secuencia inevitable. La consecuencia puede ser que el analista elabore y use sólo aquella información que cuadra dentro de la fase en la que al paciente le "corresponde" estar en ese momento. Así, se puede crear, interactivamente, una fase después de la otra, al tiempo que se interpreta su secuencia como una regularidad inmanente al proceso. La concepción del proceso como una secuencia de fases donde la anterior es condición previa de la aparición de la posterior, se basa en el principio de continuidad genética, formulado en 1936 por Joan Riviere y desarrollado por S. Isaacs como "instrumento concreto de conocimiento" (Isaacs 1948, p.78) analítico, esto es, como supuesto básico para ordenar los fenómenos de observación, como "modelo de trabajo". En base a éste,

no aceptamos un hecho particular de conducta o proceso mental como "sui generis", como un hecho dado, o súbitamente emergente, sino que lo consideramos como un ítem más dentro de una serie en desarrollo. Tratamos de remontar [la serie en desarrollo] hacia atrás, a través de etapas más tempranas y rudimentarias, hasta sus formas más germinales; del mismo modo, debemos considerar los hechos [de observación en la situación analítica] como manifestaciones de un proceso de crecimiento que debe ser seguido hacia adelante a formas posteriores y más desarrolladas (Isaacs 1948, p.78; la cursiva es nuestra).

Aunque el principio de continuidad genética está bien fundamentado en la obra de Freud (de hecho el modelo freudiano de desarrollo psicosexual, con todos sus agregados y modificaciones posteriores, sería inentendible sin este principio organizador), cuando se trata de hacer justicia a la complejidad del proceso psicoanalítico, es necesario contraponer otro principio, también originado en Freud, aunque mucho menos estudiado y, debemos decirlo, mucho más enigmático, a saber, el principio de la acción de lo posterior sobre lo anterior, o de lo actual sobre lo ya pasado (Nachträglichkeit). En este sentido, Baranger y cols. (1983) son de la opinión de que el prejuicio de la perfecta continuidad entre psicoanálisis y psicología evolutiva y de la necesaria coincidencia entre las descripciones hechas en ambos campos

sacrifica totalmente el concepto freudiano de Nachträglichkeit, de acuerdo con el cual, en vez de que un evento constituya una causa determinante para una serie de eventos ulteriores, el evento inicial sólo toma su significación en virtud de los eventos posteriores. Si se toma en serio la expresión de Freud de Nachträglichkeit, la discontinuidad del psicoanálisis con respecto a cualquier psicología evolutiva no puede dejar de ser evidente. Por supuesto, esto no implica algún tipo de crítica básica a los resultados de la psicología evolutiva.

Sin embargo, implica una crítica al contradictorio concepto del punto de vista "histórico-genético" descrito por algunos autores (Rapaport 1933; Gill, 1956; y otros) (Baranger y cols. 1983; cursiva en el original).

Nos enfrentamos así con un complicado problema epistemológico referente a la temporalidad del proceso psicoanalítico. En los modelos que se basan en la idea de que el proceso psicoanalítico sigue un tipo natural de crecimiento, el desarrollo del paciente ocupa, lógicamente, el centro de la atención. Si, por el contrario, se considera el tratamiento psicoanalítico como diádico-específico, es decir, como un proceso de negociación interaccional (véase 9.4), la contribución del terapeuta a él pasa a ser entonces muy importante.

Otro criterio esencial para la evaluación de los modelos de proceso lo suministra la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué dice el modelo sobre el papel del analista? ¿Qué función se le atribuye en la configuración del proceso? En términos generales, se puede suponer que mientras más "natural" sea la concepción del proceso, menos se dirá sobre el papel que juega el analista en él (y sobre la responsabilidad que éste asume con ese papel). En un caso extremo, el analista cumple su función sólo con tomar conocimiento de las regularidades postuladas por el modelo y no perturbando su despliegue. Bajo estas circunstancias, la aplicación de estrategias heurísticas por parte del analista no es necesaria ni deseable. De todos modos, la conducta del analista no se orienta primariamente en torno al paciente, sino más bien en torno a su visión "naturalista" del proceso que, de regla, él intenta apoyar con neutralidad e interpretaciones.

Lógicamente, dentro de tal manera de ver las cosas es también esencial la pregunta de si el paciente, que el analista ha visto justamente en la entrevista inicial, es, después de todo, adecuado para un proceso, que no puede ser modificado por el analista, pues su curso está determinado por su "naturaleza misma". En este marco, no es posible una indicación adaptativa, como lo hemos propuesto en el capítulo 6, pues ésta exige una gran flexibilidad de parte del analista, quien debe ofrecerse él mismo, en papeles cambiantes, como pareja en la interacción.

Hemos descrito un caso extremo con el objeto de clarificar un riesgo que se hace mayor mientras más "naturalistamente" se conciba el proceso analítico; a saber, el peligro de que el analista evada su obligación de velar por una configuración responsable y flexible del proceso terapéutico, y, de este modo, clasificar un número siempre creciente de pacientes, falsamente, como no analizables.

Quisiéramos mencionar la opinión de Menninger y Holzman (1958) como ejemplo de una concepción de proceso analítico que casi no especifica el rol del analista. Estos autores proponen un modelo de proceso de acuerdo con el cual un paciente apto hace un contrato con el analista y, al término de un proceso típico, cambia su estructura psíquica y disuelve su transferencia. Dicho sea de paso, tal manera de ver las cosas ha sido refutada por las investigaciones catamnéticas de Schlessinger y Robbins (1983). De acuerdo con ellos, la



disolución de la transferencia al finalizar un tratamiento exitoso es un mito; por el contrario, también pacientes analizados con éxito rápidamente manifiestan, en las entrevistas de seguimiento, signos claros de transferencia. Para Menninger y Holzman, el analista pareciera no ser mucho más que un acompañante paciente y habitualmente silencioso, que, a través de su amabilidad, convence al paciente de que su transferencia de odio y amor no tiene ningún fundamento actual.

Esta ficción de un proceso psicoanalítico purificado de la persona real del analista presume un analista término medio y un paciente adecuado. Prescindiendo del hecho de que tal pareja ficticia no existe, esta concepción impide el acceso a la situación analítica de aquellos hallazgos de investigación en ciencias sociales que se adecuan a la naturaleza de la relación terapéutica. Los problemas urgentes de técnica psicoanalítica no se pueden resolver propagando, como reacción a esta crisis de identidad, concepciones técnicas cada vez más rígidas. En contraposición, asignamos al analista un papel central como codeterminante del proceso terapéutico, papel que desempeña de modo diádico-específico, es decir, en dependencia de su propia personalidad y de la del paciente. Esta visión del papel del terapeuta es incompatible con una concepción naturalista del proceso psicoanalítico.

Cada una de estas dos concepciones opuestas del proceso psicoanalítico no son en un principio más que profesiones de fe. En última instancia, sólo la observación del proceso psicoanalítico puede suministrar información sobre la adecuación de los modelos procesales. Prerrequisito es una formulación de los modelos de proceso que permita sean verificados o, eventualmente, refutados mediante la observación. Consideramos la pregunta de la validación empírica de los modelos procesales como un criterio importante para la evaluación de modelos diferentes, cuya utilidad, en último término, sólo puede ser decidida por esta vía.

Condición previa para esto es que los modelos deben explicitarse tanto como sea actualmente posible. Mientras más cerca estén los modelos del nivel de observación, más claras serán las hipótesis que se pueden deducir y verificar en sucesos observables en las sesiones. Debe ser posible la verificación de hipótesis, pero, sobre todo, la recolección de información incompatible con el modelo. Esto significa que aquellos modelos que sin mayor esfuerzo pueden explicar, post hoc, también lo contrario de lo que al principio se había pronosticado, son inservibles, pues, precisamente en la elaboración de teorías psicoanalíticas, existe la tendencia a concebir tales modelos irrefutables. Con toda seguridad esto se explica, en parte, por el desamparo que inicialmente sobrecoge al analista frente a un objeto de estudio altamente complejo. Si la conducta humana está sobredeterminada y si la lucha entre deseo y defensa se mantiene en suspenso, entonces es arriesgado adelantar pronósticos. El riesgo aumenta mientras más largo sea el período en el que este pronóstico debe valer.

De ahí que la formulación de modelos de procesos sea siempre una empresa atrevida; pues estos modelos deben, idealmente, suministrar una tabla para clasificar una gran cantidad de eventos interactivos interdependientes, sin que el tipo de relaciones de dependencia se conozca en más detalle.

Hay dos maneras concebibles de superar esta dificultad. La primera, que consiste en formular los modelos de proceso tan abstractamente que en último término sean universalmente válidos y así irrefutables, conduce a un callejón sin salida. Esta forma de teorizar distorsiona la mirada para lo nuevo, en vez de agudizarla. Una expresión de tales globalizaciones abstractas, la constituye la aparente habilidad de algunos analistas para hacer calzar un caso en un marco teórico amplio después de sólo una corta presentación, lo que a menudo es fuente de admiración en los seminarios clínicos. El caso es forzado a entrar en el lecho de Procusto de una teoría, y la información que no concuerda con ella es pasada por alto, mientras que la información faltante se la supone compatible con la teoría.

El proceso psicoanalítico

Modelos de proceso psicoanalítico

La manera alternativa de arreglárselas con la complejidad del proceso psicoanalítico, es limitar la exigencia de que el modelo suministre una concepción global del proceso. En este contexto, un planteamiento fructífero es proponer, inicialmente, hipótesis en la forma de afirmaciones del tipo si-entonces, concernientes a distintos eventos comúnmente recurrentes en el curso de la terapia. Tanto los elementos "si" como los "entonces" deben especificarse lo más exactamente posible para garantizar la refutabilidad de las hipótesis.

### 9.3 Modelos de proceso psicoanalítico

En relación con el curso total del tratamiento, las recomendaciones técnicas de Freud para su conducción son más bien señalizaciones, intencionalmente vagas e indefinidas. Glover (1955) señaló que, a pesar de toda la serie de reglas (capítulo 7) y estrategias (capítulo 8) que se puedan compilar, no es posible distinguir en sus recomendaciones una concepción del proceso que vaya más allá de la simple denominación de las fases inicial, media y final del análisis. Ya hemos mencionado la concepción de Menninger y Holzman. Prescindiendo de cómo se evalúe el contenido de su posición, el intento de esquematizar una concepción del proceso total fue expresión de toma de conciencia del problema; por eso, la aparición de este modelo, en el año 1958, fue muy aplaudida. El desarrollo de una teoría de la terapia psicoanalítica que sea algo más que una colección laxa de principios técnicos, había sido una tarea no resuelta desde la presentación de Bibring en el congreso de Marienbad, en 1936. Con todo, el número de modelos procesales coherentes, capaces de agrupar enunciados sobre aspectos parciales en una concepción global, sigue siendo pequeño. Probablemente este hecho está relacionado con la preferencia

de muchos analistas por las presentaciones monográficas de casos (Kächele 1981), como también con la complejidad misma del tema. La siguiente descripción de distintos intentos de formulación de modelos de proceso refleja este nivel de desarrollo.

Un rasgo común a las distintas reflexiones sobre proceso lo encontramos en el concepto de fase. La diferenciación de fases de tratamiento distintas, de acuerdo con el tipo de contenidos que predominan, es un rasgo común a las descripciones de caso hechas por candidatos en formación, que se caracterizan por el uso frecuente de encabezamientos ricos en imágenes, y también al enfoque de Meltzer (1967), quien describe las siguientes fases del proceso típico que se da en análisis de niños llevados a cabo según la escuela de Klein:

1. La recolección de la transferencia
2. El apartamiento de confusiones geográficas
3. El apartamiento de confusiones zonales
4. El umbral de la posición depresiva
5. El proceso de destete

De acuerdo con Meltzer (1967, p.3), esta secuencia de fases es expresión de un proceso orgánico, verdaderamente natural, que se origina cuando un tratamiento es llevado a cabo estrictamente según los métodos de Klein. La secuencia de estadios, desde los más tempranos a los más tardíos, fácil de comprender en una concepción de análisis infantil, se hace problemática cuando es usada para entender el proceso analítico en adultos. Esto lo ilustra el modelo de Fürstenau (1977) de la "estructura procesal del tratamiento psicoanalítico individual no focal". Esta estructura evolutiva resulta de la interacción de los factores dinámicos de la situación analítica, que ya hemos descrito de diversas maneras.

Es importante distinguir en el proceso psicoanalítico dos dimensiones, que, en su entrelazamiento, constituyen la estructura procesal. Los dos procesos parciales son llamados por Fürstenau (1977, p.858):

1. El proceso de estructuración gradual y normalización del "sí mismo" (Selbst), con fases recurrentes de recaídas severas en crisis regresivas que ponen de mani-fiesto la estructura, y el manejo de ellas por parte del analista, a través de sustitución y sustentación.
2. El proceso de despliegue escénico en capas, y la puesta al día de las fijaciones características en la forma de análisis de transferencia y de resistencia.

En lo que sigue, señalaremos brevemente las 7 fases del modelo de Fürstenau, para dar al lector una idea acerca del modelo evolutivo y de su problemática. De acuerdo con Fürstenau, cada fase se describe desde los puntos de vista

generales de la "elaboración de los patrones de relación propios del paciente" y de la "construcción de nuevos patrones de relación".

1. En la primera fase el paciente asigna al analista un papel maternal; éste debe, a través de su comportamiento, comunicar seguridad.
2. En la segunda fase el paciente despliega su sintomatología. Se interesa aún poco por la comprensión de conexiones inconscientes, y hace importantes experiencias en relación con la confiabilidad y firmeza del analista.
3. En la tercera fase se llega a la elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre.
4. En la cuarta fase se produce una vuelta hacia sí mismo, con la elaboración de la temática de afrenta narcisista (Kränkung) y agresión de la relación madre-hijo temprana; esto se acompaña de una mejoría en la sintomatología depresiva difusa. En la relación con el analista, el paciente hace la experiencia de que éste se interesa por sus fantasías secretas, sin urgirlo y sin crearle sentimientos de culpa por su retirada narcisista.
5. En la quinta fase se perfila la identidad sexual y cursa de manera diferente según se trate de pacientes varones o de pacientes mujeres.
6. Este tema se continúa en la sexta fase, la fase de la triangulación edípica.
7. La terminación del tratamiento en la séptima fase se facilita por el desarrollo de nuevas relaciones, que el paciente ha sido capaz de establecer para sí mismo y para su pareja. La elaboración del duelo se encuentra en el foco de la atención.

Fürstenau distingue dos clases de trastornos psíquicos, que él llama las neurosis con un yo relativamente fuerte y los trastornos psicóticos estructurales. La última clase incluye los pacientes psicóticos, en retiro narcisista, asociales, adictos, perversos y psicósomáticos. En contraste con el tratamiento de los pacientes con yo intacto, que procede de acuerdo con las fases descritas, en especial en el primero de los dos procesos parciales anteriormente esquematizados, en el tratamiento psicoanalítico no focal de pacientes con trastornos estructurales, se produce un fuerte entrelazamiento de ambos procesos parciales. Además, para el último grupo hay cambios, especialmente en las primeras tres fases del tratamiento. Por ejemplo, en la primera fase, el analista debe asumir funciones sustitutivas crecientes. No hay una clara transición a la cuarta fase y la segunda mitad del proceso está dominada por la ocupación alternante del paciente de sí mismo y de los demás. "Correspondientemente, se da una continua alternancia en las intervenciones del analista entre elaboraciones de transferencia y resistencia, por un lado, y un fortalecimiento del sí mismo del paciente por el otro..." (Fürstenau 1977, p.869; cursiva en el original).

En contraste con nuestro propio modelo de proceso, que expondremos más adelante (9.4), la estructura evolutiva de Fürstenau se caracteriza por su contenido fijo. Esto tiene una función terapéutica en sí mismo, porque suministra seguridad al analista. Fürstenau desarrolló esta estructura de modelo sobre la base de su experiencia en supervisiones clínicas. Un aspecto importante de la afinidad con nuestro propio punto de vista lo constituye la

idea de que el proceso terapéutico consiste en fases que se caracterizan por temáticas diferentes. Menos exacta es, en nuestra opinión, la suposición de que la secuencia de las fases, en todo proceso, se organiza en el sentido de una reelaboración lineal del desarrollo. Desde el punto de vista de las ciencias sociales es improbable que se cumpla la exigencia de generalización de este modelo; aunque sería indudablemente un gran avance para la descripción del curso y de los resultados de un psicoanálisis que se presentara un caso ejemplar con un curso típico, en el sentido del modelo de Fürstenau.

La ventaja de este modelo consiste en que adapta el método psicoanalítico a las características reales de dos grandes grupos de pacientes. Esto obvia la continua redefinición del rango de una "técnica clásica" definida más o menos estrechamente. Consecuentemente, elimina la fuente de las controversias -que no son favorables para el psicoanálisis ni tampoco útiles a los pacientes-, que generalmente conducen a una restricción de la aplicación de la llamada técnica clásica a los pacientes con conflictos intrapsíquicos de nivel edípico, refiriendo todos los demás a psicoterapia psicoanalítica o a las llamadas psicoterapias dinámicas, o, que llevan incluso a fundar nuevas escuela de terapia para el tratamiento de estos últimos. Por cierto, el orientarse según el potencial total del método puede finalmente conducir, aun hoy, a aquella diferenciación que Freud (1919a) promovió para diversos tipos de padecimientos. Ella implica la necesidad de un cierto grado de flexibilidad (aunque, para nosotros, aún insuficiente), en el sentido de la adaptación a las necesidades del paciente individual. No es difícil reconocer que en su modelo de actividad terapéutica, Fürstenau incorpora el campo de los llamados trastornos narcisistas, al incluir el proceso parcial "de la estructuración gradual y la normalización del sí mismo".

En su obra tardía, Kohut hace una distinción fundamental entre la técnica basada en la teoría de las pulsiones y la psicología del yo, y su propia concepción del análisis y de la restauración del self (Kohut 1971, 1977). El modelo procesal de restauración del sí mismo de Kohut presupone las siguientes hipótesis en la génesis de los trastornos neuróticos:

- 1) El "objeto-sí mismo" se busca a sí mismo en el otro.
- 2) En esta búsqueda, falla la resonancia empática de la madre. El grado de falta de resonancia empática determina en último término el déficit en el sí mismo. En los casos favorables, la capacidad empática de la madre -igual que en la repetición del analista- está compuesta de varias etapas, que determinan también la forma de la transferencia: la transferencia en espejo, la transferencia gemelar y la transferencia idealizada de sí mismo, que se describen como necesidades humanas básicas.
- 3) Los déficits en el sí mismo son la base decisiva de todos los trastornos. En su obra tardía, Kohut considera incluso la patología edípica como una emanación de la madre o del padre no empáticos (1984, p.24). Según él, no habría angustia de castración con consecuencias patológicas si no existiera un daño primario en el sí mismo.

4) Después de la superación de las resistencias dirigidas en contra de nuevas afrentas al "objeto-sí mismo" (uno se siente humillado porque el otro no es como uno quisiera), se produce una movilización de las "transferencias de 'objeto-sí mismo'", con inevitables conflictos en la relación analítica. El conflicto consiste, por un lado, en la incesante necesidad de reacciones apropiadas al "objeto-sí mismo" y, por otro lado, en el miedo a sufrir una afrenta. Si el paciente se siente comprendido, se reviven en la transferencia de "objeto-sí mismo" necesidades arcaicas y desmentidas de "objeto-sí mismo".

5) La relación entre el sí mismo del analizando y el "objeto-sí mismo", es decir, la función de self del analista, es inevitablemente defectuosa. Ya que los intentos de restablecer una armonía empática total con el analizando están destinadas al fracaso, se llega a regresiones del sí mismo con formación de síntomas que se entienden como productos de la desintegración.

6) Mediante la resonancia empática desde su función de "objeto-sí mismo", el analista percibe las necesidades legítimas que se encuentran sepultadas bajo las manifestaciones distorsionadas. El clarifica la secuencia de los sucesos y corrige sus propios malentendidos.

7) La meta de los esfuerzos terapéuticos consiste en permitir que "la función de 'objeto-sí mismo' del 'objeto-sí mismo' analista se transforme en una función del sí mismo del analizando" (Wolf 1982, p.312), lo que se puede designar como una "interiorización transformadora" (transmuting internalization). Es esencial que la creciente estructuración del sí mismo no signifique dependencia de los "objeto-sí mismos" sino, por el contrario, que contenga una mayor capacidad para encontrarlos y usarlos.

La aplicación de estas hipótesis al proceso de la "neurosis de transferencia clásica" que, de acuerdo con su definición, se restringe a los conflictos edípicos, conduce a la siguiente estructura de fases (Kohut 1984, p.22):

- 1) fase de "resistencias generales severas",
- 2) fase de "experiencias edípicas (en un sentido tradicional), dominada por angustias de castración severas" (complejo de Edipo),
- 3) nuevamente una fase de fuertes resistencias,
- 4) fase de angustia de desintegración,
- 5) fase de "angustia moderada en alternancia con expectación gozosa",
- 6) una fase final que Kohut propone nombrar "estadio edípico, con el objeto de señalar su significación como paso hacia adelante, sano y animoso (joyful), el comienzo de un sí mismo firme y diferenciado sexualmente, que se proyecta en un futuro estable, creativo y productivo" (p.21).

Kohut mismo indica que la clasificación de las fases descansa sobre el "supuesto teórico" de que "el proceso analítico avanza desde la superficie hacia la profundidad", de lo que concluye que "las secuencias de transferencia generalmente repiten las secuencias del desarrollo en un sentido inverso" (Kohut 1984, p.23). La meta y el motor de este proceso es mostrar al paciente que "de verdad se puede alcanzar en este mundo un eco persistente de resonancia empática" (Kohut 1984, p.78).

En esta última obra, publicada después de su muerte, Kohut ya no teme admitir el término, famoso aunque desacreditado, de "experiencia emocional correctora" co-mo vocablo gemelo de su formulación. Al fin y al cabo, la controversia de entonces se refería al uso manipulativo de la experiencia emocional, en desmedro de la reelaboración. A pesar de todas las modificaciones, Kohut se consideró a sí mis-mo, al final de su vida, como un representante legítimo de la técnica clásica, en la medida en que la neutralidad y la abstinencia constituyen la base de su postura, las que se complementan con "interpretaciones (transferenciales) dinámicas y recons-trucciones genéticas." La evaluación crítica de la teoría del self debe centrarse en el hecho de que el artificio explicativo utilizado por Kohut a lo largo de toda su obra es una versión contemporánea del principio de salvaguardia. El deseo pulsional ha sido reempla-zado por la regulación de la relación con el otro significativo, que, sin embargo, se concibe de acuerdo con la teoría del narcisismo.

Aquí concurren los esquemas tempranos de Balint sobre el amor primario y las tesis sociopsicológicas de Cooley y Mead. Kohut rechaza el interaccionismo sim-bólico, incluso en la forma concebida por Erikson, para gran desventaja de su pro-pia teoría y práctica. En este punto, corresponde mencionar también los primeros esfuerzos de integración de los procesos de adaptación y de acomodación de Piaget a la psicología evolutiva psicoanalítica (véase Wolff 1960; Greenspan 1979, 1981). Las "psicologías de relación de objeto" psicoanalíticas no hacen justicia a la capacidad de "interacción social". En los primeros seis meses, el bebé aprende "a invitar a su madre a jugar y luego a iniciar una relación con ella" (Stern 1977). Aplicando esta nueva perspectiva al proceso analítico, la cuestión de la capacidad de regulación se torna el punto central de la reflexión, conduciendo a un enten-dimiento del proceso que, a lo mejor, hace posible superar las innecesarias parcia-lidades y generalizaciones del pensamiento kohutiano y que, a su vez, permita reconocer que Kohut descubrió un importante factor central, al decir que la regu-lación del sentimiento de bienestar y de seguridad es jerárquicamente superior a la realización de los deseos particulares.

La exposición del modelo de proceso de Moser y cols., que bosquejaremos a continuación, padece de restricciones, debido a que la psicología cognitiva (véase Holt 1964) es, aún hoy en día, un campo desconocido para muchos psicoanalistas; surge así la dificultad de entregar el modelo en cuestión de una manera compatible con este libro. Moser y cols. (1981) presentaron un diseño teórico de la regulación de los procesos mentales, en el que describen las relaciones de objeto, los afectos y los mecanismos de defensa, usando una terminología normalmente empleada en el desarrollo de modelos de simulación computadorizados. En este modelo, la rela-ción analista-analizando es entendida como la interacción de dos sistemas de pro-cesos que obedece a reglas de relación explícitas o implícitas. Para entender la dis-cusión siguiente, es importante poder imaginarse el concepto de sistemas de proce-sos. Para eso creemos útil caracterizar el familiar modelo estructural psicoanalítico como un

sistema de proceso en el que interactúan tres contextos de regulación, a saber, el yo, el superyó y el ello. Por "contexto" se entiende una agrupación laxa de funciones cognitivas y afectivas, las que interactúan en forma más o menos tensa entre sí, comparable con la imagen de Waelder (1960) del tráfico fronterizo en tiempos de paz, pero prohibido durante la guerra. Von Zeppelin (1981) subraya que el supuesto principal del modelo de proceso consiste en que analista y paciente están produciendo continuamente imágenes (modelos) sobre el estado del sistema de regulación, tanto del propio como también del sistema del otro y de la supuesta interacción entre ambos. Una característica importante del modelo consiste en que, para la creación y la mantención de relaciones, se establece un contexto de regulación especial que contiene los deseos y las reglas necesarias para su realización. Las reglas de relación contienen también aquellas reglas que pertenecen al hard-ware comunicativo de la regulación de la interacción, y que debieran ser clasificadas como parte, por ejemplo, de la "pragmática universal" de Habermas. Estas reglas de relación no tienen mayor interés en el proceso terapéutico, a menos que se encuentren considerablemente trastornadas y se manifiesten como fenómenos patológicos.

En general, las reglas de relación relevantes para el sí mismo son de significación clínica por su importancia para la mantención de la estabilidad de todo el sistema de regulación. A éstas se subordinan jerárquicamente las reglas de relación relevantes para el objeto, que siguen las reglas de relación dadas socialmente. Un primer entendimiento de la transferencia resulta de la diferenciación de ambos conjuntos de reglas: la transferencia sólo tiene lugar donde se han puesto en juego reglas de relación relevantes para el sí mismo. El proceso terapéutico entra en movimiento porque el analizando recurre a la competencia de regulación del analista; lo hace a su modo, determinado por su desarrollo psicológico. La tarea del proceso terapéutico consiste en clarificar las expectativas inconscientes que el analizando coloca en la ayuda del analista. Para esto, se definen en el modelo cuatro funciones principales de la relación terapéutica (von Zeppelin 1981):

- 1) Ampliación del proceso afectivo-cognitivo de búsqueda, en relación a la actividad de regulación, especialmente la ampliación de las capacidades autorreflexivas.
- 2) Construcción y ejercitación de un modelo ad hoc de relación entre analista y analizando; en "el aquí y en el ahora" se adquiere una mejor competencia de interacción, que luego debe ser transferida a las relaciones reales fuera del análisis.
- 3) Modificación gradual de la interacción terapéutica en el sentido de una distribución corregida de la regulación entre analista y analizando.
- 4) Modificación del sistema de regulación del analizando por medio de una mayor diferenciación de las funciones autorreflexivas.

El análisis transferencial y contratransferencial surge de la aplicación de estas cuatro funciones principales en la relación terapéutica. Los procesos así



resultantes pasan por diversas fases en las que se reelaboran una y otra vez diferentes puntos focales (véase sección 9.4). El insight puede ser descrito como la construcción paulatina de "modelos de aproximación", que deben ser buscados mediante un pro-cedimiento iterativo.

Sin poder adentrarnos aquí en las posibilidades de descripciones y exposiciones diferenciadas que ofrece este modelo formalizado, queremos subrayar el significado central del concepto de "competencia de regulación", cuya tarea estratégica y táctica se encuentra en el centro del hipotético "procesador subjetivo". Incluso cuando las imágenes terminológicas parezcan extrañas, ellas describen en forma perfecta el concepto de seguridad que también podemos identificar en el modelo de proceso del Mount Zion Psychotherapy Research Group dirigido por Weiss y Sampson (véase anteriormente), cuyo esquema presentaremos a continuación.

En una serie de estudios realizados desde el año 1971, este grupo ha ofrecido, en base a una concepción de análisis de la defensa trabajada clínica y teóricamente, algunos planteamientos originales capaces de ser verificados empíricamente. Sin entrar a discutir ciertos detalles de configuraciones psicodinámicas descritas empíricamente, este grupo caracteriza el curso de un tratamiento psicoanalítico como un conflicto entre la necesidad del paciente de expresar en la transferencia sus con-vicciones patógenas inconscientes (pathogenic beliefs) y el esfuerzo del analista de salir airoso de estas situaciones críticas, denominadas tests, de un modo tal, que el paciente no se vea confirmado en sus expectativas negativas. Si el resultado del test es positivo, el paciente puede estar seguro de que ya no se justifican sus sistemas de convicciones consistentes en patrones infantiles de deseo y de defensa, pudiendo así desactivar su función reguladora. Esta visión, deducida del análisis crítico de la teoría de la defensa, que Freud referió primero a la pulsión y más tarde a la psicología del yo, la podemos encontrar en la obra de Loewenstein (1969, p.587), Kris (1950, p.554), Loewald (1975, p.284) y Greenson (1967, p.178). Un precursor del concepto de prueba fue la aseveración de Freud de que la actividad del yo consiste "en interpolar entre exigencia pulsional y acción satisfaciente la actividad del pensar, que trata de colegir el éxito de las empresas intentadas mediante acciones probatorias, tras orientarse en el presente y valorizar experiencias anteriores" (1940a, p.200). Esto fue aplicado por Weiss (1971), el teórico del grupo Mount Zion, a la situación transferencial; Rangell (1971) y Dewald (1978) han hecho reflexiones similares.

El curso de un tratamiento psicoanalítico puede ser entonces considerado como una secuencia de test, esto es, de pruebas, en las cuales los temas específicos de cada paciente individual son sucesivamente ensayados y elaborados. El mérito especial de Weiss y Sampson consiste en haber probado empíricamente esta hipó-tesis de proceso, en competencia con la tesis de la frustración. Aunque ambas con-cepciones consideran decisivos los mismos segmentos de un tratamiento, la fuerza pronóstica de la tesis de Weiss y Sampson demuestra ser

muy superior a la de la tesis de la frustración. El progreso del tratamiento puede ser considerado como una consecuencia de la exitosa refutación de supuestos patógenos inconscientes. Más allá de esto, se pudo demostrar que, aun sin mediar interpretación explícita, pueden surgir, sin angustia, contenidos reprimidos, cuando el clima analítico ofrece al paciente la seguridad que éste cree necesaria (Sampson y Weiss 1983).

A pesar de que los procesos investigados captan sólo un segmento de un suceso complejo, el grupo Mount Zion conceptúa e investiga empíricamente un tema central. Para un modelo más amplio, falta aún una elaboración explícita de la meta del proceso en su conjunto, ya que aquí sólo se han tomado en cuenta hechos aislados. De acuerdo con este modelo de proceso, se podría suponer que una terapia se completa satisfactoriamente cuando se han refutado todas las presunciones patogénicas del paciente. Esta meta utópica hace surgir la pregunta de cuáles son las presunciones patogénicas del paciente en un proceso concreto que son actualizadas, de manera tal, como para terminar en el horno de la transferencia.

El proceso psicoanalítico

El modelo de proceso de Ulm

De acuerdo con Sampson y Weiss, los pasos formales que caracterizan el curso del tratamiento se presentan en toda terapia y en todo momento, siendo independientes de si el analista siga o no esta teoría. Con esto, el modelo exige para sí una validez general, que no es modificada ni por el tipo de nosología del paciente en cuestión, ni por el estadio de la terapia, como tampoco por el modo de proceder técnico del terapeuta. También al interior del proceso terapéutico se toma en cuenta sólo un aspecto, a saber, el intento del paciente de inducir al analista hacia un determinado comportamiento y la correspondiente reacción de éste. Aparentemente, el proceso total se considera como una serie de ese tipo de secuencias, donde no se toma en cuenta la posibilidad de un cambio en las secuencias a lo largo de la terapia. La única distinción que se hace es entre los efectos, a corto y a largo plazo, de la refutación de los supuestos. Un efecto inmediato es que la angustia del paciente disminuye; se le ve más relajado, más activo en el trabajo analítico y es más valiente en la confrontación con sus problemas. Como un efecto a largo plazo, se consideran más bien la aparición de nuevos recuerdos.

Es de esperar que, en la medida en que los autores traten de integrar en él nuevas observaciones clínicas y resultados de la investigación procesal, el modelo deba ser especificado y dotado con supuestos adicionales. De este modo, aumentaría la probabilidad de que el modelo satisfaga la complejidad del proceso psicoanalítico, aunque su seductora sencillez se vea posiblemente resentida como resultado de este paso.

#### 9.4 El modelo de proceso de Ulm

El desarrollo de la técnica psicoanalítica muestra, desde un comienzo, dos tendencias antagónicas: una hacia la uniformidad metodológica y otra hacia la variación síndrome-específica de la técnica. Respecto del tema de la actividad terapéutica, Freud menciona modificaciones de la técnica en fobias y neurosis obsesivas. Esto "nos es impuesto por la creciente intelección, que poco a poco va cobrando certidumbre, de que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica" (Freud 1919a, p.161). Hoy en día, la teoría general y específica de las neurosis ha desarrollado hipótesis sobre la génesis de enfermedades psiquiátricas y psicósomáticas, con un mayor o menor grado de fundamento empírico. Al hacer un diagnóstico y un pronóstico, aplicamos nuestro impreciso conocimiento sobre lo que debería pasar en el psicoanálisis de una neurosis de angustia, una anorexia nervosa, una depresión reactiva, etc., para lograr una mejoría en los síntomas o una curación.

El proceso terapéutico comienza antes de la primera sesión. El solo anuncio de un paciente potencial, el modo de pedir una hora y de convenir el horario, proyectan un perfil del inicio del tratamiento y deciden sobre el resultado de la "iniciación del tratamiento". Ya en este primer paso surge la pregunta de cuánta franqueza y flexibilidad puede hacer uso el analista en el manejo de la situación, para convertirla en una situación analítica. También la terminación de un proceso terapéutico aconseja manejar los temas de separación y despedida de un modo tal que se pueda lograr un desenlace favorable para esa relación específica. Por esto, nuestro punto de partida para la comprensión del proceso, es la diferencia -más allá de sus semejanzas-, entre las situaciones de inicio y de término. Entendemos la neurosis de transferencia como una representación interaccional (Thomä y Kächele 1973) de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica, cuya configuración concreta es una función del proceso. Esta configuración es única para cada día -debido a lo cual el psicoanálisis puede, con todo derecho, ser clasificado como ciencia histórica- aunque permite, en un nivel de abstracción superior, la identificación de paradigmas evolutivos típicos. Las simplificaciones que así resultan contienen ciertamente el riesgo de pasar por alto el aporte de la ecuación personal del terapeuta y su orientación teórica en este desarrollo. El que sea posible llevar a cabo una estrategia de tratamiento especificada según el síndrome, depende de numerosos imponderables sobre los que el analista no tiene influencia. Así, a menudo ciertos sucesos en la vida del paciente crean situaciones nuevas que hacen necesaria la modificación de la estrategia.

Por lo tanto, para que un modelo de proceso sea útil, tiene que ser capaz de combinar una flexibilidad orientada hacia el paciente individual con una regularidad que estructure la función terapéutica. Tratando de ser consecuentes con esta exigencia, basamos nuestro modelo de proceso en los siguientes axiomas:

- 1) La asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto.
- 2) El psicoanalista selecciona según sus metas tácticas a corto plazo y sus metas estratégicas a largo plazo.
- 3) Las teorías psicoanalíticas sirven para la generación de hipótesis, que deben ser una y otra vez evaluadas a través de ensayo y error.
- 4) La utilidad de los medios terapéuticos se mide por el cambio que se desea en el paciente; si este cambio no tiene lugar, los medios deben ser variados.
- 5) Los mitos de uniformidad en psicoanálisis y en psicoterapia conducen a autoengaños.

En esta exposición queda clara nuestra concepción de la terapia psicoanalítica como un proceso terapéutico dirigido estratégicamente. Esta visión de las cosas es seguramente poco común, desde el momento en que el llamado a la atención parejamente flotante, por un lado, y a la asociación libre, por el otro, parecieran querer expresar precisamente lo contrario de un plan de tratamiento. Con el objeto de no erigir en este punto una contradicción objetivamente innecesaria, deberíamos fijar-nos en cómo Freud fundamenta su recomendación de la atención parejamente flotante: a propósito de ella, dice que es un medio apropiado para corregir prejuicios teóricos y descubrir con una mayor facilidad la caldera patológica (foco) individual correspondiente. De este modo, la atención parejamente flotante y el enfocar son dos funciones complementarias: en la cabeza del analista se alternan en el primer plano el estado que se adecua a la función de máxima ganancia de información (atención parejamente flotante) y la organización de la información adquirida en torno al punto de vista más pertinente (enfocar).

A través de estas consideraciones, hemos traído a la discusión un concepto central del modelo de proceso de Ulm: el foco. Antes de adentrarnos en el significado múltiple de este concepto en la literatura psicoanalítica, queremos centrarnos en su etimología: en el foco (del latín focus: fuego) se produce fuego, y enfocar significa reunir en un punto los haces de luz. Al adjudicar a la acción de enfocar un lugar importante en nuestra concepción del proceso, no estamos proponiendo un rígido quedarse fijo en un tema. Queremos más bien llamar la atención sobre nuestra muy humana limitación en la capacidad de recepción y de procesamiento de información, que no permite más que una percepción selectiva y, como consecuencia de ésta, la elaboración en torno a un foco.

Al comenzar, mencionamos que los modelos de proceso deben permitir enunciados reglados sobre el desarrollo del tratamiento. Una concepción focal del proceso cumple con esta función, pues, aunque sea cierto que, en último término, sólo se hace justicia a la actividad psicoterapéutica (no importando su orientación) si se consideran las diadas particulares, es decir, ideográficamente, es siempre posible encontrar temas que vuelven a aparecer regularmente a lo largo del proceso psicoanalítico. Si, por ejemplo, el paciente habla de sus angustias, este tema llegará a convertirse en el foco psicodinámico, si es que

1) el analista es capaz de generar hipótesis sobre motivos inconscientes que tengan sentido para el paciente, si  
2) logra guiar al paciente hacia este tema a través de intervenciones apropiadas, y si es que  
3) el paciente puede comprometerse emocional y cognitivamente con este tema. La pregunta de si un foco tiene una existencia independiente de la intervención configuradora del analista, debemos responderla, por un lado, afirmativamente -en el sentido de que, al fin y al cabo, el paciente ha configurado por sí mismo su propia sintomatología-, y al mismo tiempo negativamente, en términos de la técnica de tratamiento. En vista de la máxima intrincación de las estructuras moti-vacionales inconscientes, difícilmente puede haber una acción de diagnóstico de un foco que no afecte la expresión en la interacción del suceder del foco mismo (véan-se los hallazgos empíricos de H. Gabel y cols. 1981). Los procesos cognitivos del analista que dirigen su modo de reaccionar y seleccionar, y que son discutidos a propósito de conceptos como empatía, identificación de prueba, etc. (Heimann 1969), se desarrollan probablemente en gran parte debajo del umbral de la percepción consciente. Estos procesos se hacen accesibles sólo a través del trabajo del analista sobre sus propias reacciones afectivas y cognitivas.

Para nuestra concepción, es en el fondo irrelevante si el analista llega a su formulación de foco a través de la intuición empática, o si la deduce principalmente de reflexiones teóricas. Pensamos que es decisivo que la acción de enfocar se en-tienda como un proceso heurístico, cuya utilidad debe ser demostrada con el pro-greso del trabajo. Un indicio de una formulación focal certera se produce cuando un tema focal general, por ejemplo, angustia de separación inconsciente, es temati-zado de múltiples maneras. El trabajo de interpretación concreto se remite entonces a estos diferentes aspectos de las vivencias cotidianas del paciente, y puede orien-tarse, sin más, alrededor del saber idiográfico, es decir, en torno al conocimiento detallado de la evolución del proceso individual.

En los casos favorables, esperamos que, durante la reelaboración de un foco, el paciente (y tal vez también el analista) cambie de modo específico la manera como trata el problema. Sólo incorporando en forma diferenciada la constelación de transferencia y de resistencia, la relación de trabajo y la capacidad de insight, es posible hacer afirmaciones más precisas sobre el proceso de cambio dentro del pe-ríodo dado. Si el mismo foco aparece nuevamente más adelante, las preguntas que se plantean son en principio las mismas. No obstante, es posible abrigar la espe-ranza de que el progreso alcanzado anteriormente mantenga su efectividad y que la elaboración pueda ser continuada en un nivel superior.

En resumidas cuentas, podemos afirmar lo siguiente: Consideramos el foco con-figurado interaccionalmente como plataforma giratoria central del proceso, y por este motivo concebimos la terapia psicoanalítica como una terapia focal conti-nuada, de duración indefinida y de foco cambiante.

Según nuestra opinión, este modelo hace justicia a la experiencia clínica que considera que el desarrollo de la neurosis de transferencia depende, en gran medida, del analista. En el campo de la investigación psicoterapéutica se cuenta con una gran cantidad de estudios sobre la influencia de diversas variables del terapeuta, las que tienen que ser consideradas en el marco de una concepción procesal psicoanalítica (véase Parloff y col. 1978; Luborsky y Spence 1978). No podemos re-troceder hasta antes de que supiéramos que el proceso psicoanalítico se construye y se desarrolla en la interacción. Por este motivo, a diferencia de algunos de los modelos de proceso anteriormente discutidos, entendemos la sucesión de los focos como el resultado de un proceso de intercambio inconsciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades de su analista. Un cambio de analista conduce, de regla, a experiencias totalmente nuevas. Sobre este fenómeno se informa una y otra vez en forma oral, pero raras veces esta información cristaliza en la literatura psicoanalítica (como, por ejemplo, en Guntrip 1975). Si la productividad común se agota, el proceso del que paciente y analista, juntos, son testigos, transcurre en el vacío, aun cuando el tratamiento continúe eternamente. Algunos procesos no se ponen realmente en movimiento, sino hasta que ambos participantes logren establecer este entrecruzamiento interaccional en la reelaboración de temas focales (véase Huxter y col. 1975).

No sólo la personalidad del analista, sino también el modelo de proceso que tiene en mente, ejerce influencia sobre el proceso terapéutico. Si un analista parte de la idea, por ejemplo, de que el tratamiento tiene que desarrollarse según secuencias, supuestamente naturales, de determinadas fases psicológico-evolutivas, estructurará el tratamiento de acuerdo con ellas. De igual manera, la intensidad y la calidad de la elaboración de ciertos temas particulares se ven influenciados por la importancia relativa que les atribuyen las diversas concepciones de proceso.

Por supuesto, nuestra concepción del proceso no excluye la posibilidad de que la terapia pueda desenvolverse de acuerdo con los esquemas regulares del desarrollo psicológico (véase 9.3).

Antes de pasar a la exposición detallada del modelo de proceso de Ulm, queremos discutir los precursores históricos de la concepción focal, que, por cierto, nos estimularon e influenciaron. French (1952) concibió su concepto de foco inicialmente en el marco de sus análisis sistemáticos de sueños:

Concebimos la estructura cognitiva de un sueño como una constelación de problemas relacionados. En esta constelación se da usualmente un problema en el que los problemas más profundos convergen y del cual irradian problemas más superficiales. Este fue el problema focal del soñante en el momento de soñar. Cada conflicto focal es una reacción a alguna situación o acontecimiento emocional del día precedente, que sirve como "estímulo precipitante" (French 1970, p.314).

Este modelo, desarrollado como paradigma para la comprensión de los sueños, fue adoptado en el conocido estudio sobre consenso del instituto de Chicago (Seitz 1966), en el que Kohut fue uno de los participantes. Este estudio se realizó con el objeto de registrar los conflictos predominantes en sesiones aisladas. En cada entrevista, así se supone, el pensar preconscious tiende a concentrarse en un problema central (por cierto, altamente condensado y sobredeterminado). Una multiplicidad de asociaciones conscientes se condensan en un foco; de igual forma, "se activan conflictos genéticos inconscientes asociados, y su investidura emocional es transferida, de regla, al conflicto focal simple preconscious, así sobreinvertido". Seitz (1966, p.212) propone -siguiendo en esto a Freud- partir del supuesto de que [...] el conflicto focal habitualmente consiste en la transferencia actual hacia el analista, y que teóricamente se entiende mejor en términos de la dinámica de los restos diurnos. Debido a que estos conflictos preconscious sobreinvertidos configuran en la mente puntos dinámicos de convergencia, ofrecen un foco útil para unificar e integrar formulaciones interpretativas del material asociativo, y aparentemente heterogéneo, de los entrevistadores individuales (Seitz 1966, p.212).

En este sentido, el conflicto focal se hace idéntico con la transferencia que predomina en la entrevista. El desarrollo posterior del concepto de foco en el "taller de terapia focal", sobre el que nos informa Malan (1963), condujo a la "cristalización" de un foco. Este concepto debía poner de manifiesto que el foco no es elegido por el terapeuta, sino que aparece gradualmente desde el trabajo en conjunto de paciente y analista.

Las reflexiones de Balint sobre este asunto, según están expuestas en el informe sobre la terapia focal del paciente B. (Balint y cols. 1972), ya están marcadas por las experiencias flash del taller. Pero, más allá de esto, Balint plantea que sin una formulación precisa del foco, que corresponde, por así decirlo, a una traducción en palabras de la experiencia flash, no se debería diseñar un plan focal. La formulación del foco, como línea rectora del tratamiento, debe ser específica (esto es, no tan general como homosexualidad o complejo de Edipo), claramente circunscrita (no tan vaga como la relación materna del paciente), y unívoca (Balint y cols. 1972, p.152). Esta exigencia de formulaciones específicas nos parece muy adecuada. En las discusiones casuísticas habituales es muy insatisfactorio que los participantes se queden en afirmaciones demasiado generales, y con esto casi desprovistas de contenido, como son las afirmaciones de "edípico" o de "preedípico". Estas no nos ayudan a comprender la patogénesis individual, ni nos ofrecen tampoco indicaciones técnicas relevantes.

El problema del nivel de abstracción adecuado en la terapia focal nos parece fácilmente solucionable; se trata de tender puentes entre las orillas diagnósticas y las terapéuticas, que deben ser recorridos partiendo alternativamente desde una y otra orilla. La exigencia de que el foco sea concebido en la forma de una

inter-pretación, es un ideal (que pareciera ser para muchos analistas un pensamiento pri-mordial), del que tampoco Balint se pudo sustraer del todo, cuando aconsejaba que "el foco debiera tener la forma de una interpretación, que pueda ser entregada al paciente en un momento oportuno al finalizar el tratamiento" (Balint y cols. 1972, p.152).

Nuestra comprensión del foco, en el sentido de la formulación de taller de Balint, va más allá del concepto de French, en cuanto bajo este concepto entendemos una estructura temporal más amplia. Naturalmente, nada habla en contra de formular un foco para entrevistas aisladas. Sin embargo, por consideraciones estratégicas es deseable la reelaboración continuada de un tema de fondo a lo largo de períodos más extensos. La pregunta acerca de la duración de estos períodos, si acaso se trata de la especificación de un número de horas o más bien de un período basado en el ritmo de desarrollo del paciente, es un problema clínico que hay que decidir empíricamente.

En los informes finales de los candidatos en formación psicoanalítica se encuentran indicaciones para una segmentación adecuada del proceso de tratamiento. En ellos, por lo general, se hace uso de 4-5 fases (provistas de títulos temáticos) para la articulación del proceso. A la verdad, también en esos análisis queda muy en claro que la duración de tales fases depende sustancialmente del proceder técnico del analista. Por esto, nosotros delimitamos nuestro concepto de foco del establecido por Balint, allí donde él fija el conflicto focal como un plan focal formulado por el analista para la conducción del tratamiento. Para una terapia psicoanalítica breve puede ser iluminador que se seleccione un foco y que éste (y sólo éste) tenga que ser reelaborado, aunque las experiencias del proyecto de terapia focal de Hamburgo (Meyer 1981b; en especial H. Gabel y col. 1981), insinúen algunas dudas al respecto. En cambio, nosotros ponemos un énfasis mayor en el momento coope-rativo, es decir, en el trabajo en común continuado entre paciente y analista, cuyos esfuerzos por encontrar un foco refleja un proceso creativo conjunto de contra-dicción y concordancia.

En la polémica con Alexander y French (1946) surgió, una y otra vez, el reproche de que, en un procedimiento focal, el analista manipula al paciente. Al acentuar el trabajo en común para encontrar un foco, consideramos que este reproche no es procedente; por el contrario, en este trabajo se produce una mayor franqueza que en la técnica estándar, donde el analista procede en forma encubierta y a menudo manipula interpretativamente sin reflexionar bastante sobre ello. En este sentido, Peterfreund (1983, pp. 7-50) ha ofrecido varios ejemplos concluyen-tes, sacados de su propio trabajo clínico y de la literatura especializada.

A continuación describiremos el desarrollo hipotético de un tratamiento, con el objeto de aclarar nuestras reflexiones sobre el proceso analítico. Ya debiera haber quedado claro que por "foco" entendemos un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y de la capacidad de comprensión del analista.



Partimos del hecho de que el paciente puede hacer distintas proposiciones en un lapso determinado, pero que el foco se establece sólo mediante el trabajo selectivo del analista. En lo que se refiere al proceso, esperamos que un trabajo en común en el foco conduzca a sucesivos puntos nodales de contenido, cuya configuración se alcanza sólo como un resultado del trabajo previo.

En nuestro ejemplo, supondremos que el paciente hace cuatro proposiciones temáticas distintas en la fase de iniciación. Estas cuatro proposiciones las entendemos en el sentido de los conflictos nucleares (nuclear conflicts) de French (1952, 1970), es decir, como constelaciones infantiles que, en forma inconsciente, y a través de estructuras adquiridas psicogenéticamente, determinan la sintomatología y el carácter del paciente.

El decidirse por un número determinado de proposiciones iniciales es arbitrario, en cuanto que en la teoría psicoanalítica se han concebido una multitud de conflictos infantiles. Según donde fijemos nuestra atención, que a su vez depende de la teoría que maneamos, identificaremos más, menos, u otros conflictos nucleares. A mayor especificidad del trastorno, debería disminuir el número de "conflictos nucleares" que se espera encontrar; al revés, a mayor severidad del trastorno, el número debería aumentar. En la fase diagnóstica de la primera entrevista (véase cap. 6), el analista busca obtener una primera visión de los posibles conflictos, aún independientes de sus intervenciones terapéuticas (instante T0). Después de la primera entrevista, al ensayar los primeros pasos terapéuticos (instante T1), se configura una primera constelación focal (F1); ésta tiene que probar su utilidad en la primera fase del tratamiento. En la identificación del contenido de esta constelación nos guiamos estrechamente según el criterio de French para la descripción del conflicto focal, que exige información sobre la fuente originaria (estímulos inconscientes infantiles), los motivos desencadenantes (sucesos actuales), los mecanismos de defensa principales y los intentos de solución.

A diferencia de French, no especificamos el lapso en que deba predominar una determinada temática focal. La elaboración del primer foco abre, en cualquier instante -en este punto no nos atrevemos a ser más precisos-, el acceso a un segundo foco (F2). La elaboración de este segundo foco lleva, en nuestro ejemplo, nuevamente de vuelta al primer foco, que ahora pasa nuevamente a ocupar el centro del trabajo, aunque cualitativamente modificado (caracterizado esquemáticamente por F1').

En nuestro ejemplo, el foco F1, que se configuró al inicio y que se fundamentó en el diagnóstico, representa a su vez una línea central del proceso total. Esto corresponde a la bien fundada experiencia clínica de que los focos individuales se encuentran conectados entre sí, y que están relacionados con un conflicto central. Tomemos un caso poco complicado de histeria como ejemplo esquemático: el conflicto principal se encuentra en el terreno de la relación edípica positiva. Simultáneamente, sin embargo, la histeria también puede implicar conflictos que se refieran a temas edípicos negativos (F2), anales (F3)

u orales (F4), que en el tra-bajo pueden aparecer como focos secundarios, según la configuración que tome el proceso analítico.

Con esto seguimos una sugerencia de Luborsky (1984), quien pudo demostrar empíricamente esta articulación de temas conflictivos. Este autor denomina la línea transferencial principal Core Conflictual Relationship Theme (CCRT; "tema nuclear de conflicto de relación"). La concepción de un conflicto dinámico central que dirige la terapia está bien fundamentada, tanto teórica como prácticamente. Esta concepción ofrece, además, el fundamento para un procedimiento focal (Balint y cols. 1972; Klüwer 1985; Malan 1963; Strupp y Binder 1984), cuyo objeto es la elaboración de un conflicto principal del tipo descrito, conflicto que debiera ser captado ya en la interacción de la primera entrevista (véase también Leuzinger-Bohleber 1985). Los otros focos de nuestro ejemplo (F2, F3, F4), se retoman y elaboran -como es de imaginar- en el curso del tratamiento, abriendo, a su vez, nuevos accesos hacia la línea transferencial principal F1.

Por razones didácticas, hemos elegido una presentación relativamente tosca del desarrollo del tratamiento. Según sea la intención, nuestro modelo es capaz de presentar un reflejo diferenciado y diversificado del proceso.

Retomando nuevamente la metáfora del psicoanálisis como la exploración de una casa, podríamos decir que, en este ejemplo, la exploración del interior de la casa gira principalmente en torno a una pieza que, por su ubicación central, con-trola el acceso hacia los otros espacios, pero a la que también se puede entrar y explorar desde diferentes espacios secundarios.

No queremos adentrarnos en detalle en la cantidad de otros supuestos que forman parte de nuestro modelo (véase Kächele 1988). Nuestra única intención fue presen-tar un esquema para concebir el proceso psicoanalítico que cumpla con una serie de criterios que nos parecen importantes. Queríamos dejar en claro que una concep-ción estereotipada del proceso introduce una rigidez innecesaria en el trabajo psico-analítico. Nuestro modelo ofrece un marco para entender procesos psicodinámicos bajo las más diversas condiciones de encuadre, y es aplicable tanto a las terapias breves como a las de larga duración. Es un modelo abierto a diversos planteamien-tos teóricos en psicoanálisis que se esfuerzan por entender la proposición inicial del paciente. Nuestra concepción, genuinamente científicosocial, es diametralmen-te opuesta a aquellas teorías que parten desde una visión ideológica del proceso, como un desarrollo determinado al estilo de los fenómenos naturales.

El proceso psicoanalítico, así entendido, se alimenta de la diversidad y de una apertura que deja espacio a la creatividad, las que deben, no obstante, restringirse necesariamente en el momento de concretarse. Por este motivo, el modelo deja abierta la posibilidad de que en la sesión siguiente se continúe con el mismo tema o que, bajo el estímulo de una nueva situación, aparezca otro foco. En cada sesión, inevitablemente, surge una toma de decisión sobre el camino a seguir. El proceso analítico vive en la tensión dialéctica que se da entre "el camino es la meta" (von Blarer y Brogle 1983, p.71) y el que, a la

vez, no exista un caminar sin rumbo (nosotros lo diríamos con los versos de Machado: "caminante, no hay camino, se hace camino al andar"; nota de J.P. Jiménez). Una y otra vez se darán períodos en que los caminantes deban detenerse y profundizar en un tema que a ambos parece significativo. Podemos hacer nuestra la atractiva metáfora de von Blarer y Brogle del proceso psicoanalítico como un camino que analista y analizando "han emprendido desde la primera conversación" (1983, p.83), siempre que este camino conduzca desde el planteamiento del problema hacia la solución del mismo.

A la ficción del proceso psicoanalítico purista, queremos oponer la concepción del proceso como una terapia focal continuada, sin límite de duración, y con foco cualitativamente cambiante. Proponemos un modelo de proceso flexible, que implica una técnica que se orienta heurísticamente, hacia el buscar, el encontrar y el descubrir, como también a la creación de las mejores condiciones de cambio para el paciente. Estamos convencidos de que las reglas del quehacer psicoanalítico transmitidas oralmente contienen mucho de aprovechable, que, sin embargo, se torna en lo contrario cuando el método se transforma en un fin en sí mismo. Lo mismo vale para la función de orientación de los modelos de proceso. Estos son, antes que nada, medios auxiliares para ordenar el trabajo propio y para facilitar el diálogo entre los analistas. Cuando se toman como una realidad incuestionable, y con ello se las excluye del indispensable proceso de verificación permanente, se transforman en una amenaza para la terapia.

## 10 La relación entre la teoría y la práctica

### 10.1 La gran pregunta de Freud

Hace 60 años, Ferenczi y Rank (1924) fracasaron en el intento de responder la gran pregunta que formuló Freud (1922d) sobre "la relación entre técnica analítica y teoría analítica" y de investigar con ella "en qué medida la técnica influencia la teoría, y hasta donde ambas se apoyan u obstruyen mutuamente". Es oportuno comparar los problemas actuales con los que en aquel entonces quedaron sin solución. Algunas afirmaciones generales han sobrevivido al paso del tiempo. Por ejemplo, Ferenczi y Rank ya abogaban por un procedimiento empírico-inductivo, y por otro deductivo, para probar las hipótesis, al afirmar:

Quizás no es exagerado afirmar que este mutuo control; entre el conocimiento logrado de la experiencia (empiría, inducción) y la experiencia a través de conocimientos previos (sistematización, deducción), es la única manera de proteger a una ciencia del error. Una disciplina que utilice sólo uno de los dos caminos de investigación, o que quiera renunciar prematuramente al control de la contraprueba, está condenada a perder el sólido fundamento donde posarse: será empirismo puro porque le faltan las ideas fecundas, o pura teoría, porque su precipitada omnisciencia hace que se pierda la motivación para la investigación ulterior (Ferenczi y Rank 1924, p.47).

En la evaluación de la interacción entre teoría y práctica, es especial distinguir el progresivo atesoramiento de conocimientos y su sistematización en la teoría general y especial de las neurosis, de su apropiada aplicación terapéutica. El hecho de que la fase teórica (en la que Ferenczi y Rank incluyen, por ejemplo, el conocimiento de los mecanismos emocionales inconscientes) haya tomado la delantera al quehacer terapéutico, llevó a dar gran valor al recordar y a la reconstrucción racional del pasado. El punto de mira de la crítica fue el "fanatismo interpretativo", derivado de la teoría etiológica, por ser considerado ineficiente desde el punto de vista terapéutico.

A propósito de la función terapéutica del recordar y del interpretar, y de la reconstrucción de la historia infantil, es posible señalar otro aspecto del problema en discusión.

Las teorías etiológicas parten siempre del supuesto de que la parte emocional y afectiva de los recuerdos reprimidos es esencial para la génesis de la enfermedad mental. Así, el fanatismo interpretativo traslada, de manera unilateral e incompleta, el conocimiento teórico a la práctica terapéutica. Quisiéramos aclarar aquí un punto de vista general mediante una cita de Goethe (Poesía y verdad II, 7): Teoría y práctica siempre se afectan mutuamente; por sus obras es posible ver lo que la gente piensa, y por sus opiniones prever lo que harán".

Con la expresión "fanatismo interpretativo", Ferenczi y Rank criticaron la manera, terapéuticamente inconveniente, de transformar el conocimiento teórico. Obviamente, ellos tenían la impresión de que muchos colegas aplicaban de una manera técnicamente incompleta el conocimiento que ya estaba sistematizado, aún cuando las opiniones teóricas de estos colegas sobre un contexto psíquico inconsciente determinado fueran totalmente correctas.

Para describir el estado actual de la discusión, recurriremos a una mesa redonda sobre la relación entre teoría y técnica psicoanalíticas, en la que participaron prominentes analistas.

El completo informe de Richards (1984) sobre la presentación introductoria de Wallerstein, los trabajos de Rangell, Kernberg y Ornstein, y los comentarios de los participantes, ofrece un cuadro representativo de las concepciones actuales.

Ya Ferenczi y Rank hablaron de un "círculo benigno", o sea, de una "influencia mutuamente benéfica de la teoría en la práctica y de la práctica en la teoría" (Ferenczi y Rank 1924, p.47). Sin embargo, pusieron igual énfasis en el "círculo vicioso". Ahora, Rangell ve el progreso como una "elaboración progresiva del progreso terapéutico en una secuencia ligada directamente con la expansión creciente de la teoría etiológica" (citado por Richards 1984, p.588). Como ejemplo de esto, cita la psicología del yo, que "coloca a la par el análisis de la defensa y el análisis de los contenidos pulsionales" (Richards 1984, p.588). Desde el momento en que en su presentación todos los supuestos teóricos y también las más lejanas asunciones metapsicológicas de alguna manera se relacionan con la técnica, Rangell es capaz de crear una conexión aparentemente estrecha y sin problemas entre los dos niveles. Aún cuando la teoría se desarrollara en algún punto más rápido que la técnica, ambas parecen seguir estando en un crecimiento constante, que se describe en términos de progreso evolutivo.

Correspondientemente, Rangell sólo ve problemas cuando la visión global es restringida a causa de unilateralidades teóricas o prácticas. En una relación ideal, la teoría y la técnica se complementan una a otra de manera perfecta. Con esto, se tiene la impresión de que sólo con haber seguido construyendo sobre los fundamentos conocidos, el psicoanálisis debiera haber desarrollado de manera constante la espiral del círculo benigno. A. Freud (1954a) tenía una opinión similar. Rangell reduce los errores técnicos o teóricos al plano de las unilateralidades personales, o al de las debidas a la adhesión a determinadas escuelas, a énfasis exagerados o a negligencias, errores que ya Ferenczi y Rank habían criticado.

No se explica, eso sí, qué y cómo se clasifica algo como un "error". Rangell ni siquiera plantea la cuestión de la validez científica de una teoría. No discute el problema de la eficacia terapéutica, y no se pregunta en que medida teoría y práctica pueden promoverse u obstaculizarse mutuamente. Con esto, no llega a tocar los problemas esenciales, y despierta la ilusión de una armonía milagrosa. Los elementos más abstractos de la metapsicología parecen así estar en relación con las observaciones clínicas, de la misma manera como, al revés, las experiencias analíticas inmediatas parecen caer dentro de las directrices de la teoría supuestamente comprobada. Lo que Rangell no dice es que, a pesar de décadas de esfuerzos, los analistas más hábiles no han logrado determinar reglas de correspondencia entre los diferentes niveles de abstracción de la teoría, o que, tanto los intentos de Hartmann y cols. (1953) de mejorar la consistencia interna de la teoría de una manera relevante para la práctica, como tampoco la sistematización en gran escala de Rapaport (1960), lograron su objetivo. Ya que Rangell parte de la idea de un desarrollo permanente de técnica y teoría en estrecha conexión, no necesita buscar trastornos que puedan resultar de desarrollos desproporcionados de uno u otro lado. Para Rangell, tales irregularidades se deben casi exclusivamente a malentendidos técnicos o teóricos individuales, o específicos de las escuelas analíticas. La verdad de la teoría psicoanalítica, o la eficiencia de la técnica y su mejoramiento, no son temas que estén en discusión; las debilidades y las fallas están en el analista, quien, a causa de su ecuación personal, no logra tener el conocimiento técnico y teórico que está a su disposición. Del mismo modo como es cierto que cada psicoanalista posee siempre sólo una parte del saber teórico y técnico total, acumulado en cien años en la comunidad viva de psicoanalistas y en la literatura especializada, es también verdadero que la argumentación *ad hominem* de Rangell está totalmente superada.

Está argumentación ha tenido por consecuencia que la clarificación científica de difíciles problemas se haga aún más difícil, a veces imposible.

En contraste, Wallerstein (véase Richards 1984) tiene dudas sobre el dogma de que la técnica y la teoría están tan estrechamente unidas que cada cambio de la teoría deba conducir, necesariamente, a modificaciones en la técnica. En su opinión, la teoría ha cambiado considerablemente a lo largo del siglo, pero es muy difícil demostrar que la técnica se haya modificado como consecuencia. El grado de correspondencia entre teoría y técnica es así mucho menor que lo que habitualmente se cree, lo que lleva a Wallerstein a recomendar una consideración desprejuiciada de la relación entre ellas.

Para esto, es necesario situarse en el nivel de la práctica e investigar aquellos problemas que se han evitado, en mayor o menor medida, como resultado de la afirmación de que teoría y técnica se promueven mutuamente en un círculo benigno de progreso permanente. La concepción ingenua de que es posible asumir, sin investigación empírica, tal círculo benigno, impide el progreso genuino, porque ella pasa por alto las exigencias que se le plantean a la práctica si es que se busca que teoría y técnica se beneficien mutuamente.

Para no ser malentendidos, quisiéramos destacar que, de hecho, se han dado desarrollos y cambios fundamentales en la teoría y en la técnica durante el último siglo.

Un excelente ejemplo de la mutua relación entre los desarrollos en la teoría y en la técnica lo encontramos en la psicología del *self* de Kohut, desde donde partió Ornstein (véase Richards 1984) en su presentación en la mesa redonda. Sin embargo, los desarrollos mutuamente dependientes no deben entenderse en el sentido de que técnica y teoría se promueven recíprocamente de tal modo, que el progreso mutuo hace a la teoría *más verdadera* y a la técnica *más eficiente*. Como muchos analistas, Kohut exige que la teoría y su aplicación práctica formen una "unidad funcional":

En muchas ciencias existe una separación más o menos clara entre el área práctica de aplicación empírica y el área de la formación conceptual y de la teoría. En análisis, sin embargo, estas dos áreas (...) están fundidas en una unidad funcional singular (Kohut 1973, p.25).

La concepción ingenua de que el aumento en eficiencia de una técnica y el crecimiento en el contenido de verdad de una teoría se condicionan mutuamente, ha sido estimulada por la herencia que Freud nos dejó en la llamada unión inseparable (*Junktim*) entre terapia e investigación. Esta unión asocia la promoción de la curación y la del conocimiento y, con ello, de la eficacia con la verdad. En las secciones que siguen, intentaremos señalar las preguntas y problemas que plantea esta unión inseparable. A partir de las tesis que forman el contexto de la formulación de esta unión inseparable en Freud, creemos estar en condiciones de proponer soluciones generales para la cuestión de la relación entre teoría y técnica.

En base a nuestro conocimiento actual, es posible entender el fracaso de Ferenczi y Rank a partir de procesos conocidos de dinámica grupal. Y esto, porque "la creciente desorientación de los analistas, en especial en relación a preguntas prácticas y técnicas", que los autores confiaban aclarar definitivamente, forma parte de la historia del paradigma psicoanalítico. Por muchas razones, la transformación del paradigma terapéutico en un método de investigación apropiado al psicoanálisis, en el sentido de "ciencia normal" de Kuhn (1962), pudo realizarse sólo gradualmente. En la actualidad, empieza a vislumbrarse que la validez de la teoría de la génesis de enfermedades (co)determinadas psíquicamente no puede evaluarse según los mismos criterios que la teoría de la técnica.

## 10.2 La práctica psicoanalítica a la luz de la unión inseparable

Freud caracterizó la relación entre terapia y teoría, entre práctica e investigación, con las siguientes tres tesis:

En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una *unión inseparable entre curar e investigar*; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción. Sólo cuando cultivamos la *cura analítica de almas* ahondamos en la *intelección* de la vida anímica del ser humano, cuyos destellos acabábamos de entrever. Esta perspectiva de ganancia científica fue el rasgo más preclaro y promisorio del trabajo analítico (Freud 1927a, p.240; la cursiva es nuestra).

Los análisis que obtienen un resultado favorable en breve plazo quizá resulten valiosos para el sentimiento de sí del terapeuta y demuestren la *significación médica* del psicoanálisis; pero las más de las veces son infecundos para *el avance del conocimiento científico*. Nada nuevo se aprende de ellos. Se lograron tan rápido porque ya se sabía todo lo necesario para su solución. Sólo se puede aprender algo nuevo de análisis que ofrecen particulares dificultades, cuya superación demanda mucho tiempo. Únicamente en estos casos se consigue descender hasta los estratos más profundos y primitivos del desarrollo anímico y recoger ahí las soluciones para los problemas de las conformaciones posteriores. Uno se dice entonces que, en rigor, *sólo merece llamarse "análisis" el que ha avanzado hasta ese punto* (Freud 1918b, p.11; la cursiva es nuestra).

Les dije que el psicoanálisis se inició como una terapia, pero no quise recomendarlo al interés de ustedes en calidad de tal, sino *por su contenido de verdad*, por las informaciones que nos brinda sobre lo que toca más de cerca al ser humano: su propio ser; también, por los nexos que descubre entre los más diferentes quehaceres humanos. Como terapia es una entre muchas, sin duda *prima inter pares*. Si no tuviera valor terapéutico, tampoco habría sido descubierta en los enfermos mismos ni desarrollado durante más de treinta años (Freud 1933x, p.145; la cursiva es nuestra).

Estos pasajes revelan las altas exigencias que Freud pone al análisis "en sentido estricto". La tesis de la unión inseparable puede ser satisfecha sólo si la práctica psicoanalítica es eficaz a causa del contenido de verdad de los conocimientos ganados en la terapia. Esta exigencia no es tan fácil de cumplir, porque la unión inseparable no se da por sí sola. Tal idea es una ilusión que quisiera ver; en cada análisis, una empresa a la vez terapéutica y de investigación. La preciosa conjunción entre terapia eficaz y conocimiento verdadero como producto del método psicoanalítico, no puede considerarse como una de los rasgos innatos de la práctica psicoanalítica. Antes de fundamentar tal unión inseparable se deben satisfacer ciertas condiciones. Intentaremos determinar estas condiciones por medio de una reconstrucción racional de la relación entre teoría y práctica.

Un aspecto de la unión inseparable de Freud se refiere a las condiciones en las que se origina el conocimiento analítico, el contexto del descubrimiento, esto es, todo aquello que se asocia con el descubrimiento y la adquisición del conocimiento. Cuando hablamos de

las condiciones de origen en relación a la práctica psicoanalítica, nos referimos a la heurística psicoanalítica, que se ocupa de la pregunta sobre cómo se originan las interpretaciones en el analista y en base a qué procesos de inferencia éste descubre conexiones específicas para la pareja analista-paciente (conocimiento diádico, "casuístico"). Las discusiones clínicas giran predominantemente en torno a la heurística. Aquí se trata, en primer lugar, del hallazgo de deseos inconscientes, que, en el encuentro con la realidad de la vida, conducen inevitablemente a conflictos. Por esto, el principio del placer; aún después de la muerte de la metapsicología, sigue teniendo un lugar central en el psicoanálisis. La apertura llega a ser esencial para hacer justicia a la multiplicidad de las relaciones posibles:

Los casos clínicos en los cuales el psicoanalista hace sus observaciones poseen desde luego valor desigual en cuanto a aumentar la riqueza de sus conocimientos. Los hay en que debe aplicar todo lo que él sabe, y no aprende nada nuevo; otros le presentan lo ya consabido con una particular nitidez y bien aislado, de suerte que a estos enfermos no sólo debe corroboraciones, sino también ampliaciones de su saber (Freud 1913h, p.197).

En este punto, es oportuno hacer un comentario sobre el problema del contexto del descubrimiento y el contexto de la fundamentación (*context of discovery* y *context of justification*, respectivamente; en inglés en el original). Aunque pensamos que esta distinción, introducida por Reichenbach (1938), es adecuada, no la vemos como una dicotomía radical, y, por eso, al contrario de Popper (1969), no relegamos la pregunta de cómo algo surge en el clínico y en el científico - y de este modo, el conjunto de la heurística de descubrimientos de todo tipo- a la esfera del misticismo irracional. Spinner (1974) ha demostrado convincentemente que la dicotomía estricta entre los contextos de descubrimiento y de fundamentación no es adecuada para la heurística, como tampoco para la justificación y fundamentación en el proceso de investigación (Spinner 1974, pp.118, 174ss, 262ss). Por supuesto, debemos reconocer que, en psicoanálisis, la diferenciación entre el contexto del descubrimiento y el contexto de la fundamentación no se ha hecho en absoluto. En contraste con el credo científico de Freud, la mayoría de los analistas atribuyen a la heurística, es decir, al contexto del descubrimiento, una función que va mucho más allá de las verdades casuísticas, es decir, específicas de la díada.

En la díada, el analista es, además, investigador, sólo en la medida en que investiga con medios psicoanalíticos genuinos (por ejemplo, asociación libre, percepción contratransferencial e interpretaciones). Este tipo de investigación es la patria de origen (*Mutterboden*) de la formación teórica del psicoanálisis. En la conferencia número 34, Freud se dirige así a una audiencia imaginaria:

Ustedes saben que el psicoanálisis nació como terapia; ha llegado a ser mucho más que eso, pero nunca abandonó su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos. No pueden obtenerse de otro modo las impresiones acumuladas a partir de las cuales desarrollamos nuestras teorías (Freud 1933a, p.140).



La investigación psicoanalítica dentro de la díada consiste en la obtención de conocimientos sobre el paciente y su relación con el terapeuta que el analista hace en la situación analítica. En lo que sigue llamaremos a éstos, *conocimientos diádico-específicos, o casuísticos*. La curación resulta del hecho de que el analista comunica al paciente sus impresiones, incluyendo los procesos afectivos de interacción (transferencia y contratransferencia), de acuerdo a las reglas del arte, en forma de interpretaciones. Estos conocimientos diádico-específicos y técnicos estimulan al paciente a ulteriores reflexiones sobre sus vivencias y, en especial, sobre sus motivaciones inconscientes. Una forma particular de reflexión del paciente se designa como *insight*. Por su parte, el proceso de *insight* tiene como consecuencia que surja nuevo material, que, a su vez, significa una ampliación de conocimientos que le permiten alcanzar nuevos *insight* que conduzcan a la curación. El tipo de conocimientos que se comunica al paciente por medio de interpretaciones debe distinguirse estrictamente de aquellos que resultan de "impresiones acumuladas", los que, en su formulación general como conocimiento psicoanalítico, constituyen la *teoría* del psicoanálisis.

Aunque el conocimiento casuístico se adquiere sobre un trasfondo de hipótesis que emanan de la teoría psicoanalítica, él puede conducir a una ampliación y modificación de los supuestos existentes. Así, el conocimiento toma una forma más general, la que, a su vez, ofrece el trasfondo para la adquisición de nuevos conocimientos casuísticos. La adquisición del saber psicoanalítico sigue así un círculo *hermenéutico*. La afirmación de Freud de la unión inseparable en la práctica analítica, no se relaciona inmediatamente con la teoría general, sino sólo a través del conocimiento diádico-específico.

Es al mismo tiempo fuente de ayuda y de alivio, que diferenciamos el concepto de investigación que está implícito en lo anteriormente dicho. El etnólogo trabajando en el terreno hace investigación sin agobiarse con la idea de que también allí debe contribuir a la formación de la teoría general. Al igual que el psicoanalista, él desarrolla su teoría en el escritorio y no en el terreno. El conocimiento casuístico constituye así un paso especial en la investigación, paso que sólo se puede dar en la situación analítica. De este conocimiento se desprende una rama, en el sentido de la formación teórica general, y otra, en dirección de la comunicación eficaz. Consideradas así las cosas, por medio de un procedimiento uniforme, que a la vez es método de investigación y método de tratamiento, se adquiere un tipo especial de conocimiento: el específico de esta díada o pareja analítica. De este modo, la unión inseparable significa que:

1. La curación es el resultado de la comunicación al paciente de conocimiento diádico-específico, esto es, conocimiento que es la cristalización de experiencias afectivas y cognitivas en la díada.
2. Desde el punto de vista técnico, la comunicación del conocimiento debe ser llevada a cabo correctamente, es decir, de acuerdo con las reglas del arte de la terapia.
3. La técnica de tratamiento conduce a intelecciones (*insight*) nuevas y más profundas en el suceder psíquico del paciente y en su relación con el analista, es decir, la técnica terapéutica amplía el conocimiento diádico-específico.

La práctica psicoanalítica se orienta por el estado del saber psicoanalítico en un momento dado. Para aclarar más las relaciones entre la teoría y la práctica a la luz de la tesis de la unión inseparable, queremos diferenciar el saber psicoanalítico, con el objeto de describir más exactamente qué tipo de conocimiento regula la práctica de investigación psicoanalítica y la práctica terapéutica psicoanalítica.

1) El *saber descriptivo y clasificadorio* responde a la pregunta de *qué* es algo, pero no a la pregunta de *por qué* algo es lo que es. Está al servicio de la descripción y de la ordenación, y ofrece los hechos necesarios para la confección de un mapa de materias y temas psicoanalíticos. Las afirmaciones sobre relaciones que pertenecen a este tipo de saber son sólo correlativas; no ofrecen información sobre la naturaleza dependiente o condicional de tales relaciones. En el terreno clínico, a esta clase de saber pertenece el conocimiento acerca de formas de conducta y de vivencia típicas y específicas para ciertas enfermedades, por ejemplo, la idea de que en los neuróticos obsesivos a menudo se puede observar una fuerte necesidad de controlarlo todo, o que en las depresiones neuróticas son frecuentes la necesidad de aferrarse a otro, las angustias de separación y, en mayor o menor grado, las agresiones veladas. En este sentido, toda el área de la sintomatología pertenece al saber descriptivo y clasificadorio.

2) El *saber causal* responde a la pregunta de *por qué* algo es lo que es, cómo algo está relacionado, cuáles son las relaciones de dependencia entre los hechos dados y cómo éstos se condicionen mutuamente. Este tipo de saber ofrece el fundamento para las explicaciones psicoanalíticas. Las siguientes dos afirmaciones son ejemplos clínicos de conocimiento causal: "los pacientes a los que, a través de interpretaciones, se les ha llamado la atención sobre los aspectos agresivos de su personalidad, pero que, sin embargo, han segregado estos aspectos de su conciencia, negarán sus impulsos agresivos, si es que se cumplen ciertas condiciones marginales". O, "si se abordan pensamientos, sentimientos o sensaciones que están más allá de la conciencia, el paciente reaccionará defensivamente". Ambas hipótesis pertenecen a la teoría de la defensa, aunque la última está formulada en un nivel de abstracción más alto que la primera. En este sentido, el saber clínico sobre etiología y patogénesis de las enfermedades psíquicas puede ser considerado como saber causal.

3) El saber terapéutico y *relativo al cambio* (Kaminsky 1970, pp.45-46) debe ser utilizable en la *práctica*. Este tipo de saber se define en función de su relación con la acción, e incluye afirmaciones sobre la posibilidad de producir fenómenos y condiciones cuya satisfacción conduzca efectivamente a determinadas metas. Con esto, este saber se refiere a fenómenos y hechos que aún no existen, es decir, a metas que pueden realizarse con ayuda de este tipo de conocimiento. En contraste con el saber causal recién expuesto, el saber terapéutico y relativo al cambio no dice nada sobre la naturaleza condicional de las relaciones de circunstancias dadas, sino sobre la producción de determinadas circunstancias a través de acciones. Las afirmaciones que siguen son ejemplos de esta forma de conocimiento, que por razones de claridad llamaremos saber de acción: "que el analista devuelva sistemáticamente las preguntas del paciente tiene efectos negativos sobre el proceso psicoanalítico." "No es favorable para la promoción de la percepción de la realidad del paciente que el analista pase por alto, en vez de confirmar, la plausibilidad de sus constataciones." "Cuando, debido a interpretaciones previas, la resistencia del paciente a tomar conciencia de determinados contenidos aumenta de manera creciente, y si el analista quiere evitar que el paciente se cierre totalmente y que permanezca en silencio, es recomendable dejar de lado las interpretaciones de contenido y, en cambio, abordar la resistencia." De este modo, este tipo de enunciados puede ser clasificado como saber terapéutico o relativo al cambio.

Sobre la base de esta diferenciación, podemos decir que, en el terreno de la clínica psicoanalítica, tanto la investigación como el tratamiento, están regulados, en muchos

aspectos, por el saber relativo al cambio (saber terapéutico). El saber descriptivo (clasificador) y el causal, en cambio, aunque también se originan en la situación clínica, no nacen sólo de ella y, sobre todo, no de una manera específica; deben ser elaborados sólo cuando el analista, fuera de la situación clínica, procesa la información diádica. El saber causal, que constituye el campo temático de la teoría psicoanalítica, sólo se forma a través del poco explicitado proceso de la elaboración reflexiva de la experiencia. Por un lado, el saber descriptivo (clasificador) se contrapone a los tipos de saber causal y terapéutico (relativo al cambio), ya que el saber descriptivo no contiene enunciados sobre las relaciones de dependencia. Por otro lado, el saber sobre el cambio, como saber técnico, se contrapone al saber descriptivo y al causal, como saberes teóricos. El saber técnico nos dice qué hacer, el teórico nos permite mirar al interior de la naturaleza de las cosas. ¿Qué relación tienen estas dos formas de conocimiento? Por ejemplo, ¿pueden derivarse conocimientos técnicos (saber terapéutico o de cambio) de conocimientos teóricos (saber descriptivo clasificador o causal)? Estas preguntas nos conducen a materias que habitualmente se discuten en el marco del *contexto de fundamentación*.

Los problemas planteados se pueden ilustrar en base a los importantes esfuerzos de una generación de analistas argentinos, quienes, siguiendo las huellas de su maestro Pichon-Rivière, intentaron, en una serie de trabajos de los años sesenta, fundamentar epistemológicamente la práctica analítica. Entre éstos, destacan los trabajos de Bleger (1967), Rodrigué (1966) M. y W. Baranger (1961-1962), Zac (1968), y, sobre todo, los de Liberman (1970), en cuya revisión nos basaremos en lo que sigue. Según lo expresa Liberman, "si deseamos que el psicoanálisis aumente su *status* como ciencia, necesitamos pasar de enunciados casuísticos, que considero enunciados protocolares de procesos terapéuticos, a generalizaciones empíricas" (1970, p.84). A efecto de lograr esto, Liberman distingue entre "dos formas de indagar en psicoanálisis: una es la indagación que se realiza con el paciente durante la tarea analítica [...] y la otra es la indagación del diálogo en sesiones ya efectuadas" (p.84). Al hacer esta distinción, y al centrar el logro de generalizaciones empíricas en la investigación que tiene la sesión ya efectuada como objeto, debe adherir a una concepción operacional de los fenómenos que surgen en la situación analítica, incluyéndose así en la tradición que hemos llamado diádica, de concebir la relación terapéutica. En verdad, todos los autores citados se inscriben en esta tradición y todos han contribuido a esclarecer los elementos constitutivos del llamado "contexto del descubrimiento", es decir, del lugar del hallazgo de verdades casuísticas, y de la obtención de lo que Liberman llama "generalizaciones empíricas", es decir, hipótesis o supuestos psicoanalíticos (para Liberman, y en esto estamos totalmente de acuerdo con él, la tarea de generar hipótesis generalizables sólo se puede hacer fuera de la sesión de análisis). De este modo, estos autores han definido cuidadosamente los conceptos de situación analítica, de encuadre y de proceso analítico, es decir, las condiciones necesarias para la investigación heurística, para el hallazgo y generación de hipótesis. Creemos, sin embargo, que estos esfuerzos no alcanzan a fundamentar la práctica analítica, desde el momento en que estos autores, incluido Liberman, confunden el contexto del descubrimiento de las hipótesis con el de la fundamentación de ellas, y esto, porque quedan atrapados en la tesis de Freud de la unión inseparable: "en mi exposición, intento articular las teorías de la enfermedad y de la curación con el método psicoanalítico, tomando muy en cuenta la técnica empleada por el terapeuta cuando opera sobre el paciente" (Liberman 1970, p.30). Lo que pretende es la deducción de la teoría de la técnica desde la teoría etiológica, con la ayuda de disciplinas ajenas al psicoanálisis.

Así, mediante la aplicación de conocimientos prestados de la lingüística, de la teoría de la comunicación y de la semiótica, Liberman cree poder fundamentar, sin salir del círculo hermenéutico, la práctica analítica. Esto quizás explica la impresión que se logra a través de la lectura de la obra de Liberman, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (1970-1971), a saber, que se trata de un clínico con gran talento para la generación de hipótesis y "generalizaciones empíricas", pero donde cabe la duda de si éstas pueden efectivamente relacionarse, por un lado, con la realidad de la práctica analítica y, por el otro, con la posibilidad de promover eficazmente la curación en el paciente.

### 10.3 El contexto de la fundamentación de la teoría del cambio

En un sentido general, en el marco del contexto de la fundamentación, se pregunta por la correspondencia con la realidad de las afirmaciones hechas, esto es, por la fundamentación de la exactitud (verdad) de los enunciados. Hay por lo menos dos tipos de fundamentación. Primero, la exactitud de un enunciado se puede fundamentar deduciéndolo de un cuerpo de conocimientos ya existente, ya establecido como verdadero. Segundo, la correspondencia con la realidad de un enunciado (un conocimiento particular) puede fundamentarse empíricamente, interrogando a la experiencia propia si acaso la afirmación refleja efectivamente la realidad. Cuando en lo sucesivo nos refiramos a la teoría del cambio dentro del contexto de fundamentación, nuestra atención estará puesta en la primera de estas dos posibilidades. Nos preguntamos si acaso la exactitud y la eficacia de las recomendaciones terapéuticas para la acción pueden derivarse lógicamente del saber causal psicoanalítico, o si acaso es necesario recurrir a otro tipo de saber. Preguntamos, por ejemplo, si acaso el enunciado de que la resistencia de un paciente puede ser efectivamente resuelta por la interpretación de esa resistencia, puede ser explicada y fundamentada por el saber psicoanalítico causal (es decir, por un saber teórico). De diferentes planteamientos, detallaremos los dos que nos parecen más importantes.

El *supuesto de continuidad*, llamado así por Westmeyer (1978, p. 111), está muy difundido. Por ejemplo, en teoría general de la ciencia, éste está representado por Albert (1960), Weber (1968), Prim y Tilmann (1973), en psiquiatría por Möller (1976), en psicoanálisis por Reiter (1975) y en terapia conductual por Eysenck y Rachman (1968) y Schulte (1976), entre otros.

Característica de este supuesto es la afirmación de Weber (1968, p.267) de que basta revertir el orden de los enunciados sobre las relaciones y condiciones para obtener información sobre cómo algo puede ser cambiado. También se dice que invirtiendo afirmaciones verdaderas sobre relaciones, se logran conocimientos eficaces sobre cambios. Asumamos que la siguiente afirmación es verdadera: "Si los procesos inconscientes de un paciente son llevados a la conciencia, se resuelven los conflictos patógenos basados en ellos". Entonces, debiera resultar el siguiente conocimiento eficaz de cambio: "Para resolver conflictos patógenos, deben llevarse a la conciencia los conflictos inconscientes en que ellos están basados". En el mismo sentido deben entenderse las siguientes sentencias: "Si alguien ha entendido algo correctamente, debe ser capaz de hacerlo". "Si alguien puede hacer algo, entonces lo ha entendido correctamente". En estas sentencias entender y hacer se consideran desde un principio en estrecha conexión. Así, la intelección de la naturaleza de la cosa debe también hacer posible su producción, y cuando alguien puede producir algo, se cree poder suponer que él entiende de lo que se trata. Por consiguiente, el

entendimiento correcto de algo va de la mano con la capacidad de producirlo. Por muchas razones, esto es falso y, de éstas, queremos escoger las dos que nos parecen más importantes.

En general, los enunciados sobre conexiones y relaciones causales son sólo válidos bajo condiciones ideales, es decir, el campo de validez de tales enunciados tiene significativamente menos variables que la realidad. Así por ejemplo, las variables controladas en la situación de laboratorio son esencialmente menos que las de la vida real. En los experimentos de Skinner, por ejemplo, se da una enorme idealización y abstracción en relación a los rasgos que se consideran (parámetros y variables). Hay considerables diferencias entre el aprendizaje humano en una situación real de la vida y el aprendizaje de una rata en la caja de Skinner, y estas diferencias deben ser tomadas en consideración cuando, por ejemplo, un maestro quiere intervenir el aprendizaje de sus alumnos. Lo que a un teórico le basta para explicar un comportamiento bajo circunstancias restringidas (ideales), al práctico le es totalmente insuficiente para intervenir en la compleja situación real de la vida en el sentido de modificar la conducta. Creemos que una de las razones del fracaso de la terapia conductual, en su formulación original, en fundamentar una práctica eficiente a partir de las leyes de aprendizaje encontradas en el laboratorio, debe verse en la diferencia entre el campo de validez ideal de las afirmaciones de relación y el campo real de las actividades del práctico.

El saber causal suministra información acerca de los hechos que condicionan la aparición de otros hechos, pero no sobre las acciones que producen esos hechos. Se dice, por ejemplo, que un determinado estado A conduce a otro estado B. Si me coloco en la posición del práctico, debo preguntar cómo debo producir el estado A de modo que éste pueda conducir al estado B. De la misma manera, el analista debe preguntarse de qué manera deben hacerse conscientes los procesos inconscientes de modo que los conflictos patógenos se resuelvan. Para la práctica no basta saber cuáles son las condiciones previas y cuáles las consecuencias; el agente debe saber cómo puede establecer las condiciones previas, esto es, junto al *know what and why* ("al qué y al porqué"; en inglés en el original), debe saber el *know how* ("cómo"; en inglés en el original).

Por estas razones, el supuesto de continuidad no sirve para tratar de explicar y fundamentar hipótesis acerca de acción eficiente (que pertenecen a la teoría del cambio) a través de la verdad del conocimiento causal.

En su *abordaje epistemológico*, Bunge (1967) toma en cuenta las objeciones que se han erigido en contra del supuesto de continuidad. La diferencia esencial de este abordaje con el supuesto de continuidad consiste en que la transición desde el conocimiento causal al conocimiento sobre cambio no es inmediata, y que esta transición tiene más valor heurístico que epistemológico.

Consideremos, por ejemplo, la proposición siguiente: "Cuando los conflictos inconscientes amenazan con alcanzar la conciencia, se refuerzan las defensas frente a ellos". Ampliando este enunciado hasta incluir conceptos relativos a la acción, se transforma en una proposición nomoprágmatca: "Cuando el analista interpreta a un paciente conflictos reprimidos, se refuerzan en éste las defensas". Entre el "interpretar los conflictos inconscientes" y el "amenazar de los conflictos de alcanzar la conciencia", no hay equivalencia de significados. Tampoco puede la primera frase ser deducida de la segunda, porque ella no está contenida conceptualmente en ésta. La proposición sobre la interpretación de los conflictos reprimidos no puede deducirse directamente del

conocimiento causal. Deben agregarse conceptos de acción, como, por ejemplo, "interpretar".

Finalmente, con el objeto de establecer una regla para la práctica, se invierte la proposición nomoprágmat: "Si se trata de reforzar las defensas del paciente, se deben interpretar sus conflictos reprimidos", o, "si hay que disminuir las defensas del paciente, se deben dejar de lado las interpretaciones de conflictos inconscientes". Esta inversión tampoco puede fundamentarse rigurosamente y es, por lo tanto, problemática (Perrez 1983, p.154).

Ya que ni el primer paso (del conocimiento causal a la proposición nomoprágmat), como tampoco el segundo (de la proposición nomoprágmat a la regla técnica), pueden ser fundamentados rigurosamente, el planteamiento epistemológico de Bunge tampoco es suficiente para fundamentar el conocimiento del cambio a través del conocimiento causal. Bunge llega incluso a preguntarse si acaso no es posible crear reglas de acción (concernientes al conocimiento de cambio) totalmente ineficientes a partir de teorías bien probadas (concernientes al conocimiento causal), y viceversa. Aún cuando sólo por casualidad una proposición totalmente falsa sobre relaciones causales determinadas puede conducir a un quehacer eficaz, incluso a una teoría verdadera le sería imposible ofrecer una explicación estricta y una fundamentación de una práctica eficiente (por ejemplo, la curación de la neurosis a través de la técnica psicoanalítica), debido a las relaciones ya mencionadas entre conocimiento causal y conocimiento sobre el cambio (entre teoría etiológica y teoría de la técnica). Bunge discute tanto el problema de la idealización menos relevante para el psicoanálisis, porque la teoría psicoanalítica se desarrolla en estrecho contacto con la práctica -, como también la diferencia entre el *know what and why* y el *know how*, y muestra que las dificultades no se resuelven de esta manera. En lugar de esto, ofrece otra posibilidad para fundamentar el conocimiento terapéutico (técnico), a saber, no por el conocimiento causal, sino a través de las teorías tecnológicas, o tecnologías. Wisdom (1956), filósofo con formación psicoanalítica, fundó tempranamente una forma original similar de "tecnología psicoanalítica".

Las tecnologías son también teorías, pero se diferencian de las anteriormente mencionadas, que se constituyen a través del conocimiento descriptivo y causal, en que no tienen el carácter de ciencias puras, sino el de ciencias aplicadas, es decir, se refieren directamente a las acciones que son adecuadas para dar origen a circunstancias determinadas. Las tecnologías abarcan el saber teórico más general (en contraste con las reglas concretas de saber de cambio terapéutico), adecuado tanto para la adquisición de saber terapéutico, como para la explicación de la eficiencia de las reglas de acción que se encuentran a disposición en él. Las tecnologías se refieren a aquello que se puede, y debe, hacer si se quiere dar a luz algo, o evitarlo, cambiarlo, mejorarlo, etc.

Bunge (1967) distingue dos tipos de teorías tecnológicas:

1. Las teorías tecnológicas *sustantivas* se refieren a los objetos de la acción e incluyen, por ejemplo, proposiciones sobre patrones transferenciales o de resistencia típicos para determinados grupos de pacientes. En otras palabras, ellas incluyen proposiciones que han sido diseñadas para transmitir un saber relevante para la práctica, es decir, ofrecen el saber necesario para el quehacer de la práctica terapéutica cotidiana, pero no el necesario para una explicación detallada del *know what and why*. Las teorías tecnológicas sustantivas usualmente son fruto de las teorías científicas puras o básicas, de las cuales toman elementos estructurales. Es verdad que, con esto, estos elementos

sufren, regularmente, una simplificación y un empobrecimiento conceptuales, pero, a través de ello, ganan en utilidad práctica.

2. Las teorías tecnológicas *operativas* se refieren al acto práctico mismo. Pueden ser aplicadas para desarrollar estrategias para la formulación de recomendaciones de acción eficiente, que, en la forma de reglas globales, se refieren a las circunstancias específicas de la situación terapéutica concreta, es decir, conducen directamente al *know how*.

La ventaja de las teorías tecnológicas consiste en el hecho de que ellas pueden modelar la práctica de manera esencialmente más eficaz; y en que ofrecen, debido a su vínculo con la aplicabilidad, mejores explicaciones y fundamentaciones de la eficiencia de la práctica.

De este modo, tenemos dos tipos de conocimiento que se contraponen y que no se deducen directa e inmediatamente uno del otro: la teoría del psicoanálisis como ciencia básica (que incluye los conocimientos descriptivo y causal, o la teoría constituida por éstos), y la teoría del psicoanálisis como ciencia aplicada (teorías tecnológicas sustantiva y operativa, y el saber de cambio o terapéutico). A estos dos tipos de teorías científicas se les plantean exigencias distintas (véase también, Eagle 1984).

#### **10.4 Los diferentes requisitos para las teorías en las ciencias puras y en las aplicadas**

Verdad y utilidad práctica son los dos criterios que sirven para evaluar las teorías en ciencias puras y en ciencias aplicadas, respectivamente (Herrmann 1979, pp.138-140). "Verdad", significa aquí que la experiencia ha mostrado la exactitud de las afirmaciones y proposiciones (también de las explicaciones) sobre el objeto. "Utilidad práctica", significa que estas proposiciones conducen a acciones eficientes, es decir, a acciones mediante las cuales se alcanzan las metas propuestas.

Las teorías en ciencias puras pueden ser (y deben ser) atrevidas, originales y novedosas. Las sorpresas durante el proceso de verificación de tales teorías son a menudo de un gran valor heurístico. El que una hipótesis psicoanalítica sobre la etiología de una enfermedad dada pruebe no ser válida y que en cambio lo sea para otra en la que no se sospechaba en absoluto, es un ejemplo de tales sorpresas. En base a la teoría subyacente, se tratará entonces de explicar esta sorpresa. De ello surgen nuevos supuestos y así, una ampliación (o corrección) de la teoría, a la que siguen nuevos intentos de verificación. Aquí, lo inesperado tiene una importancia decisiva en la ampliación del conocimiento, entendido éste como una explicación siempre más exitosa del mundo de los hechos.

A la teoría del psicoanálisis como ciencia pura se le exige profundidad, alcance, precisión y suficiente validez (Stegmüller 1969). Por ejemplo, se espera que las hipótesis generales de la teoría clínica psicoanalítica muestren la aproximación más estrecha posible a la realidad clínica. Así, se supone que ellas deben poder describir, de manera amplia y adecuada, la génesis, el desarrollo y el curso de las enfermedades mentales, o explicar suficientemente todos los factores esenciales y las condiciones de dependencia mutua de los procesos psíquicos.

La verdad de las teorías de ciencias básicas (a ellas pertenecen, en el psicoanálisis, las teorías del desarrollo, de la personalidad y de la neurosis) consiste en la explicación justa y suficiente de la realidad a la que se refieren las proposiciones. Por esto, ellas deben acercarse lo máximo a la complejidad de la realidad, si es que no se quiere simplificar o describir la realidad inadecuadamente. La medida en que se logra esta aproximación es, en ciencias empíricas, materia de verificación, a través de observaciones y experimentos. De

este modo, surge el siguiente dilema: las teorías muy complejas y ricas en parámetros, como es el caso de la teoría psicoanalítica, son de difícil verificación empírica. Al contrario, las teorías más fáciles de verificar son a menudo muy pobres en parámetros y, por eso mismo, casi siempre representan simplificaciones de la realidad.

De las tecnologías se espera, en primer lugar, que sean eficaces. Tecnologías originales y atrevidas, que llevan a sorpresas, esto es, que no garantizan una práctica bajo firme control, no tienen ningún valor. A menudo son las representaciones simples y toscas de la realidad las que satisfacen las exigencias de utilidad tecnológica esperada, al hacer posible, por ejemplo, la formulación de recomendaciones para una acción eficaz (reglas de tratamiento), para consumir tareas pendientes, en situaciones problemáticas concretas y bajo circunstancias específicas.

Una tecnología psicoanalítica - aún no formulada - debería demostrar suficiente aplicabilidad, utilidad y fiabilidad, para la práctica terapéutica (Lenk 1973, p.207). Todo ello implica la exigencia de utilidad (eficiencia) práctica de las teorías tecnológicas. Desde el punto de vista de la eficiencia, la pregunta no es si la tecnología psicoanalítica explica la realidad clínica, sino si es adecuada para la consumación de las tareas cotidianas de la clínica psicoanalítica. Se debe tratar de aclarar qué enfoques de las teorías de la técnica son especialmente útiles para la práctica terapéutica. La eficiencia de una tecnología psicoanalítica se juzga según el éxito de la práctica terapéutica que la emplea. El rasgo distintivo de la tecnología psicoanalítica es, sin duda, la interpretación. En este sentido, se puede hablar de una hermenéutica tecnológica, que se diferencia sustancialmente de la hermenéutica teológica y de la filológica (Thomä y Kächele 1973; Thomä y cols. 1976; Eagle 1984). Las interpretaciones psicoanalíticas no están hechas para textos, sino para pacientes con expectativas terapéuticas. Por eso, Blight (1981) ha señalado expresamente que los psicoanalistas no se pueden replegar, autárquicamente, al círculo hermenéutico. El intento de probar la eficiencia de las interpretaciones psicoanalíticas conduce al analista a sacar, por lo menos, un pie del círculo hermenéutico confrontándolo con la pregunta sobre la prueba empírica del cambio. Es así que ni siquiera Ricoeur puede escapar de considerar la eficiencia terapéutica como el criterio decisivo para la prueba de motivaciones inconscientes por medio del método hermenéutico psicoanalítico: "La garantía de que la realidad del inconsciente no es una mera ficción de la imaginación del psicoanalista, la ofrece, finalmente, sólo el éxito terapéutico" (Ricoeur 1974, p.19). Claro está que, en términos generales, en lo que a eficiencia se refiere, justamente en la orientación hermenéutica del psicoanálisis, tales afirmaciones se quedan en confesiones de los labios para afuera. Con sorprendente modestia, los analistas se satisfacen con evidencias subjetivas, es decir, con verdades casuísticas, diádico-específicas, dentro del círculo hermenéutico (Lorenzer 1970).

Aún un alto grado de eficiencia no garantiza la verdad de la tecnología, esto es, la exactitud de la explicación tecnológica, que es, junco al criterio principal de la eficiencia, otro criterio importante. Una regla tecnológica puede decir, por ejemplo, que el analista debe interpretar la resistencia en vez de los conflictos inconscientes, si es que quiere resolver la resistencia que eventualmente resulta del hecho de que el analista haya aludido, en diversas interpretaciones, a un conflicto reprimido. Asumimos que la eficacia de esta regla ha sido comprobada, y nos preguntamos ahora por qué este consejo técnico es eficaz. La respuesta a esta pregunta se logra por medio de hipótesis o supuestos tecnológicos en la forma de una explicación tecnológica, el factor que debe ser explicado y fundamentado es la conexión entre la condición establecida por el analista (por ejemplo, vía interpretación) y



el efecto que esto tiene en el paciente (reacción). La eficacia de esta regla puede ser explicada de la siguiente forma: el conflicto inconsciente es reprimido por razones específicas, es decir, hay un motivo para la represión (por ejemplo, evitación de sentimientos de culpa que surgen cuando el conflicto se hace consciente). Por esta razón, el motivo de la represión se ve reforzado cuando el analista ignora la resistencia del paciente e interpreta directamente el contenido inconsciente del conflicto, en contra de los esfuerzos de la represión. La acción del motivo de la represión se expresa entonces como reforzamiento de la resistencia del paciente en contra de la toma de conciencia del contenido del conflicto inconsciente. El motivo de la represión es también inconsciente y causa la resistencia del paciente en tanto que permanezca inconsciente. El carácter automático de este mecanismo puede ser neutralizado si se interpreta la resistencia. Interpretar la resistencia significa, en este contexto, hacer consciente al paciente el motivo de la represión, más cercano al yo, y no el contenido inconsciente del conflicto. Esto destruye el mecanismo automático, y con ello se suprime la base de la formación resistencial.

La validez de esta explicación se prueba, en el marco de la investigación en proceso terapéutico, de acuerdo con los métodos usuales de investigación empírica, es decir, de la misma manera que las proposiciones e hipótesis de las teorías de las ciencias puras (básicas). Es muy posible que los mecanismos que se pretenden en los supuestos tecnológicos, que deben explicar la eficacia de la regla, hagan sólo justicia parcial a los hechos, es decir, que la explicación sea insuficiente. A pesar de ello, sigue siendo posible formular reglas eficientes mediante estos supuestos. Lo contrario es también posible: el proceso terapéutico puede ser explicado satisfactoriamente por los supuestos de una tecnología determinada, aún cuando la lista de reglas eficientes que surge de estos supuestos tecnológicos lo logre sólo de manera insuficiente. Por consiguiente, las tecnologías pueden tener dos caras. Por un lado (el de la explicación), pueden ser manejadas como ciencias puras, debiendo satisfacer entonces sus exigencias, y, por otro lado (el de la generación), siguen siendo teorías de ciencias aplicadas, de las que se espera tengan utilidad práctica, es decir, que sean eficientes en la práctica. El cumplimiento de los requisitos de las ciencias básicas no es condición necesaria ni suficiente para la satisfacción de las exigencias de las ciencias aplicadas, y viceversa.

Este hecho puede ser explicado por la diferencia que existe entre las expresiones verbales y las acciones concretas que una persona efectivamente realiza. En cuanto se pueda hablar actualmente de una tecnología psicoanalítica (ya que, en el mejor de los casos, las proposiciones técnicas pueden considerarse como teoría tecnológica operativa), en la práctica terapéutica esta tecnología es transformada por el psicoanalista en una teoría personal, es decir, específica para ese terapeuta, que puede conducir a una terapia eficaz aún si la tecnología objetiva (en contraposición con la teoría terapéutica personal) no sea completamente válida. El caso opuesto se da cuando la tecnología es suficientemente "verdadera", pero sus condiciones operativas son otras que las de la práctica terapéutica, o cuando su "refracción" subjetiva por el terapeuta lleva a una aplicación ineficiente.

Por cierto, la "refracción" subjetiva es necesaria. Una tecnología refinada, que tome en consideración todas las circunstancias específicas de la compleja situación real, no existe en psicoanálisis, ni, en general, en las ciencias sociales aplicadas. Tal tecnología, suponiendo que sea suficientemente válida, debiera ser capaz de ofrecer recomendaciones en forma de reglas apropiadas para cada situación específica. Si un analista quisiera usar tal tecnología utópica en la práctica terapéutica, debería ser capaz de controlar una cantidad

de variables que supera totalmente los límites de su capacidad cognitiva. Aún cuando este control fuera posible, sigue en pie el hecho de que la realización efectiva del conocimiento tecnológico se lleva a cabo a través del arte y de la habilidad personal del analista. La "refracción" subjetiva de la tecnología objetiva como una tarea necesaria de transformación, demuestra el carácter artístico de la práctica psicoanalítica; tal transformación es, en último término, una habilidad, y la práctica terapéutica una técnica artística. Llegar a dominar este arte es una cuestión de formación y de personalidad.

### **10.5 Consecuencias para la acción terapéutica psicoanalítica y para la justificación científica de la teoría**

La consecuencia de la distinción hecha anteriormente, entre la verdad del conocimiento y la eficacia de la acción, es que hay que separar estos dos factores que fueron ligados tan estrechamente por la tesis de Freud de la unión inseparable. Su relación no es *a priori*, de modo tal que una sea requisito o consecuencia de la otra. En la situación analítica, la investigación no se vincula automáticamente con la acción terapéutica, o viceversa. La unión debe producirse, cada vez, sólo a través de acciones concretas. El analista debe preguntarse constantemente si acaso su quehacer psicoanalítico diario conduce, no sólo a *insights* particulares verdaderos en el paciente, sino, también, si ellos promueven el proceso curativo en él. En otras palabras, la pregunta es si acaso su técnica es igualmente adecuada para el logro de nuevos *insights* y para alcanzar el éxito terapéutico. La unión inseparable debe ser creada, ella no es una ley que necesariamente gobierna la práctica psicoanalítica. Mientras no se establezca esta unión, no se puede afirmar que en la práctica existe un círculo benigno, es decir, que la verdad de la teoría y la eficacia de la terapia se promueven mutuamente. Determinar si acaso la práctica ha sido eficaz en un caso individual, es tarea de investigación empírica, mediante la participación de terceros no comprometidos en el tratamiento mismo (véase Sampson y Weiss 1983; Neudert y cols. 1985; también el capítulo 9 de este libro).

En vista de que ni la eficacia ni la verdad se determinan o condicionan mutuamente, es esencial tener claro, si se quiere validar las hipótesis psicoanalíticas, en qué sentido se entienden las hipótesis, si en el de las ciencias puras o en el de las aplicadas. En este último caso, se hace necesario clarificar, además, si el objeto en discusión es su valor explicativo y/o su valor generativo (es decir, su utilidad para la formulación de reglas eficientes). Los criterios probatorios y los procedimientos varían considerablemente en uno y otro caso.

Cuando, por ejemplo, se usa el "argumento de la coincidencia" ("*tally*" *argument*) para probar la exactitud de la hipótesis psicoanalíticas, no se está tomando en cuenta suficientemente la divergencia entre verdad y eficacia. Este argumento fue llamado así por Grünbaum y se basa en el siguiente pasaje de Freud (1916-17, p.412):

La solución de sus conflictos y la superación de sus resistencias sólo se logra si se le han dada las *representaciones-expectativas* que *coinciden* [*tally* en la S.E.] con su realidad interior [del paciente]. Las conjeturas desacertadas del médico vuelven a desentonar en el curso del análisis; es preciso retirarlas y sustituirlas por algo más correcto (la cursiva es nuestra).

En este pasaje, Freud es de la opinión de que la terapia es exitosa sólo si el paciente logra intelecciones (*insight*) verdaderos en la verdad histórica de su vida y de sus padecimientos. El argumento de la coincidencia no describe, como Freud lo supuso, una exigencia de verdad, sino un problema de correspondencia.

Grünbaum, quien se ha ocupado en detalle del problema de la prueba de la teoría psicoanalítica en el diván (es decir, en, y a través de, la práctica; véase, en especial, Grünbaum 1984), denomina la afirmación de que el *insight* verdadero conduce al éxito terapéutico, "tesis de la condición necesaria". Esta tesis es el supuesto más importante del argumento de la coincidencia, de la argumentación de que los análisis terapéuticamente exitosos hablan a favor de la verdad de los conocimientos analíticos diádicos (esto es, específicos para este caso, para esta pareja analista paciente concreta) logrados y comunicados al paciente. Frente al efecto terapéutico del *insight* verdadero, Grünbaum hace valer la siguiente objeción: el efecto terapéutico también podría estar condicionado por sugestión ejercida por el analista, es decir, estar apoyado sobre *insights* falsos y pseudoexplicaciones. En otras palabras, el efecto terapéutico podría ser un efecto placebo, determinado por la fe de analista y paciente en la verdad y eficacia del *insight* producido por la interpretación. Los cambios terapéuticos deseados también podrían deberse a otros aspectos de la situación analítica, por ejemplo, a nuevas experiencias de relaciones humanas, y no al "*insight* verdadero".

En contraste, Edelson (1984) mantiene en pie la exigencia de los "*insights* verdaderos" como condición necesaria para los cambios evaluados como terapéuticamente positivos en el marco de un psicoanálisis. Al mismo tiempo, admite que el *insight* verdadero no es una condición suficiente para el logro de cambios terapéuticos. Edelson argumenta que las metas específicas y los cambios están unidos al verdadero *insight* en el paciente, y que se puede hablar de un tratamiento psicoanalítico exitoso y eficiente, sólo cuando se alcanzan estas metas y cambios.

No es difícil darse cuenta de que la controversia acerca de la exactitud de la "tesis de la condición necesaria" es, en realidad, una controversia sobre la cuestión de si acaso la tesis de Freud de la unión inseparable es o no válida para la práctica psicoanalítica. Nadie de los que simplemente aceptan la unión inseparable como un hecho dado en su argumentación (por ejemplo, en la forma del "argumento de la coincidencia") trata la unión como una ley de la naturaleza. A menudo se olvida que el papel del "*insight* verdadero" no ha sido estudiado suficientemente en investigación empírica en proceso terapéutico, y que el concepto mismo de *insight* se vincula con serias dificultades metodológicas (al respecto, véase la revisión de Roback 1974). Por esto, es prematuro dar por seguras las afirmaciones sobre las conexiones entre el *insight* verdadero y el éxito terapéutico. Esta cautela se justifica, además, si consideramos que la investigación empírica actual en proceso psicoanalítico atribuye un importante papel a una serie de otras condiciones, más allá del *insight* (Garfield y Bergin 1978).

La tesis de la contaminación de Grünbaum fue destacada previamente por Farrell (véase Farrell 1981), y explícitamente aludida por Cheshire (1975, cap. 4), quien defiende convincentemente el psicoanálisis de ella. La decisión sobre la corrección de esta tesis debe ser tomada sobre la base de investigación empírica en proceso terapéutico, y no en el marco de discusiones filosóficas. Lo mismo es válido para los reproches de sugestión, cuya justificación debería primero comprobarse empíricamente en la práctica psicoanalítica, antes de que se planteen con la seguridad que a menudo los caracteriza (Thomä 1977b). Por esto debe exigirse, primero, que las formas de cambios específicos para el psicoanálisis sean descritas detalladamente, distinguiéndolas de las de otros procesos. Segundo, que la investigación busque indicadores para los cambios en cuestión, desde el momento en que éstos, en la medida que atañen a disposiciones, sólo pueden ser observados indirectamente, a través de tales indicadores. Tercero, que se especifique y examine, no sólo las condiciones para el "*insight* verdadero", sino también, qué es necesario, además del "*insight* verdadero", para alcanzar los cambios de personalidad que se pueden esperar en el sentido de las metas propias del psicoanálisis (M. Edelson 1984). El *leitmotiv* de Freud "*wo Es war, soll Ich werden*" ("donde estaba el Ello, debe llegar a ser el Yo"; 1933a, p.74), plantea una meta ambiciosa, que, en otra forma, coincide con la meta de los "cambios estructurales". Todo aquel que haya intentado hacer investigación sistemática en este campo conoce que la tarea por delante es difícil de consumir si queremos ir más allá del saber clínico confirmado. No obstante, en el capítulo anterior aclaramos, en base a ejemplos, que, al hacer esto, simultáneamente se pueden esperar cambios en nuestras representaciones teóricas que tendrán efectos fecundos sobre la actividad clínica.

En base a los resultados actuales de la investigación en proceso terapéutico, es posible hacer la predicción de que las investigaciones futuras más refinadas, disolverán los conceptos genéricos de sugestión e *insight* en un vasto espectro de procesos comunicativos. También la terapia psicoanalítica se alimenta, aunque de una manera especialmente refinada, de ingredientes generales de la terapia benéfica, como lo ha demostrado empíricamente Luborsky (1984) para la *helping alliance* ("alianza que ayuda"). Más aún, las formas psicoanalíticas de terapia muestran características específicas que las distinguen más o menos claramente de otros enfoques terapéuticos. Nos inclinamos a pensar que la exacta exploración de los procesos de cambio en terapia psicoanalítica está sólo en sus comienzos, y que por delante quedan por realizar numerosos estudios detallados, a diferentes niveles de investigación y usando distintos enfoques teóricos. Las grabaciones magnetofónicas han hecho posible la verificación de las observaciones relevantes para los cambios, creando un tercer campo entre

el psicoanálisis experimental y el psicoanálisis clínico, a saber, el estudio clínico sistemático de material terapéutico (Kächele 1981; Leuzinger y Kächele 1985; Gill y Hoffman 1982).

Estos enfoques deberían agruparse bajo el encabezamiento de "investigación tecnológica", en el sentido mencionado anteriormente, es decir, como investigación sobre técnica y tecnología psicoanalítica. Tenemos serias dudas sobre la posibilidad de una verificación de las teorías psicoanalíticas básicas en el marco de la situación analítica misma, y en esto estamos de acuerdo con Grünbaum (1984), quien exige que las hipótesis que ven la luz en el curso del tratamiento sean objeto de investigación sistemática, en el sentido de las ciencias sociales empíricas y de la psicología (Kline 1972; S. Fisher y Greenberg 1977). Somos de la opinión que las observaciones hechas por el psicoanalista en la situación terapéutica han constituido, y pueden constituir, una contribución esencial, a través de la copiosa generación de hipótesis, para el estudio de la etiología de la psicopatología o para una teoría del desarrollo de la personalidad. Con todo, ellas pueden aportar a una teoría de la terapia de una manera mucho más amplia, a saber, a

*un entendimiento de la relación entre determinados tipos de operaciones e intervenciones, y la ocurrencia o no ocurrencia de determinados tipos de cambios específicos. Me parece irónico que los autores psicoanalíticos traten de emplear datos clínicos para casi cualquier tipo de propósito, menos para el que son más apropiados, a saber, para la evaluación y el entendimiento del cambio terapéutico (Eagle 1984, p.163).*

Estamos de acuerdo con Grünbaum (1984) en que el consultorio no es el lugar donde el analista puede verificar las teorías de ciencias básicas. Sin embargo, mientras Grünbaum estima que los fenómenos de la situación clínica no son aprovechables para probar hipótesis psicoanalíticas, nosotros somos de la opinión de que, en la evaluación científica, estos datos son una excelente piedra de toque para ser usada por terceras partes no comprometidas en la validación de las hipótesis (Luborsky y cols. 1985). Completando la posición de Eagle, pensamos que estos datos son relevantes para la generación y la verificación, tanto de los supuestos tecnológicos como de los de ciencias básicas. En esto nos sumamos a M. Edelson (1984), quien lo demostró en base a dos ejemplos, a saber, su interpretación del caso de "miss X", presentado por Luborsky y Mintz (1974) y la argumentación de Glymour (1980) concerniente al caso del *Hombre de las ratas* de Freud (1909d). Aquí, la prueba no se basa en una conexión postulada entre eficiencia y verdad, sino directamente en datos clínicos. Eagle destaca, con razón, que el conocimiento diagnóstico, es decir, la observación de cursos específicos según los síndromes, representa un campo independiente, que no se alimenta de la verdad casuística (específica a la pareja o díada), ni tampoco de la eficacia terapéutica. A modo de ejemplo, podemos nombrar las descripciones psicodinámicas sindromáticas hechas por Thomä (1961) en la *anorexia nervosa*, las que han probado ser correctas en sus puntos esenciales, a pesar del cambio en las estrategias terapéuticas dentro y fuera del psicoanálisis.

Las hipótesis científico-básicas del psicoanálisis tienen un amplio campo de referencia (por ejemplo, desarrollo, personalidad, enfermedad) y se pueden mover en una variedad de niveles (véase, por ejemplo, Waelder 1962). En la preparación de la prueba de las hipótesis psicoanalíticas sobre la base de datos clínicos, los analistas deben preguntarse para cuáles supuestos pueden servir de piedra de toque los datos clínicos y qué grado de validez se puede adjudicar a éstos. En base a consideraciones teóricas (Thomä y Kächele 1973; Wallerstein y

Sampson 1971), como también a investigaciones empíricas (Luborsky y Spence 1978; Kiener 1978), es posible concluir que las asunciones metapsicológicas son inservibles para esta tarea. En relación con esto, se hace necesario juzgar muy críticamente la influencia, a menudo distorsionadora, de los supuestos metapsicológicos en la experiencia clínica y en la interpretación (véase capítulo 1). Las dificultades relativas al uso de los datos clínicos para la validación de las ciencias básicas, y la controversia en torno a las posibilidades de solución, han sido expuestas en una multitud de trabajos, de modo que nos permitimos restringirnos sólo a algunas indicaciones bibliográficas (Thomä y Kächele 1973; Möller 1978; Grünbaum 1982; Eagle 1984; M. Edelson 1984).

Para terminar, quisiéramos abogar porque se considere la práctica psicoanalítica no sólo como el corazón de la terapia, sino también como un componente esencial del proceso de investigación en psicoanálisis. La práctica psicoanalítica es el campo donde tiene lugar el proceso de curación y también donde se pueden lograr valiosos conocimientos heurísticos. La inclusión de terceras partes no comprometidas es esencial y decisiva para la prueba de este conocimiento, sea éste científico-básico o aplicado. Debemos restringir la investigación psicoanalítica aludida en la tesis de la unión inseparable, en el sentido de que sus resultados pueden ser usados sólo para el descubrimiento y el desarrollo de hipótesis preliminares, y no para su verificación.

El analista debe preguntarse permanentemente, en su práctica diaria, si, su técnica es apropiada, tanto para el establecimiento de nuevas hipótesis y para la ampliación del conocimiento psicoanalítico, como para la promoción del proceso curativo.

Por razones metodológicas de principio, el analista como individuo no está en la posición de hacer justicia a esta tríada. Por lo demás, ¿quién podría exigir - como Freud lo hizo -, que no sólo se logre algo nuevo, sino también, por medio de un análisis "en sentido estricto", que se descienda a los estratos más profundos y que, *además*, se pruebe que allí se han recogido soluciones para configuraciones posteriores? Más aún, de acuerdo con el credo científico de Freud, el aumento en el conocimiento generalizable, objetivado, de las conexiones psíquicas puede, en realidad debe, conducir a la aceleración del proceso de curación, si este conocimiento es comunicado en el curso de la terapia de una manera apropiada.

Así, dentro del sistema psicoanalítico, las terapias cortas son una consecuencia necesaria del progreso científico. De cualquier modo, el descenso a los estratos más profundos requiere de tanta fundamentación práctica y teórica como los análisis que obtienen resultados favorables en corto tiempo. Sólo entonces se podrá probar que la terapia interpretativa es también un tratamiento que promueve el conocimiento de sí mismo. Con todo, este conocimiento de sí no debe tener un carácter innovativo en relación a la teoría básica y aplicada del psicoanálisis. Su valor primario consiste en el hecho de que, junto a otros factores, ejerce una influencia positiva en el proceso de curación. Entonces, es una exigencia muy ambiciosa querer unir la investigación psicoanalítica en la situación analítica (entendiendo por tal la obtención de nuevas hipótesis psicoanalíticas, que se debe distinguir estrictamente de la investigación para verificar tales hipótesis a través de terceros no comprometidos en el tratamiento) con los intereses curativos. Esta exigencia no podrá ser satisfecha, si el analista no distingue, en la teoría de la técnica, los siguientes componentes independientes: *curación*, *obtención* de nuevas hipótesis, *prueba* de las hipótesis, *exactitud* de las explicaciones y *utilidad* del conocimiento.