

## 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 considerar 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, registra 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 experiencias y el trabajo de procesamiento del paciente fuera de la situación analítica (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 motiva a mantener la frecuencia de sesiones elegida al comienzo, y a cambiar este arreglo temporal sólo después de fundamentadas reflexiones? Aquí nos encontramos 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 frecuencia 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 acordado 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 consulta 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 transferencial, 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 debían también seguir prescripciones exactas, se basa en el error

fundamental de asu-mir 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 pa-cientes 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 continua-ciones 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 fundamen-tada elaboración, desea reducir la frecuencia semanal, a menudo no es posible elu-dir 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 con-diciones, 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 for-mación 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 pa-ciente, 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

pa-labra "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 tempo-ales 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 reinterpretación 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 tempo 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 *sanctasanctorum*. 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 Fenichel (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 la 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

con-fiarse 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 dismantelamiento 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 prerrequisito 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 menos). 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 pro-posición 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 entenedible 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 "especialmente 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 psíqui-co mucho de lo antiguo -como norma o por excepción- sea eliminado o consumi-do 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, porque 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, precisamente lo que inicialmente se consideró una ventaja, es decir, que el analista tenga 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, entendida como modelo de la terapia, contiene otro principio, que es el del cambio creativo.

Siempre sigue siendo importante conocer las regularidades de acuerdo con las que se petrificaron las formaciones mentales. Pero cuando se trata de buscar otras

soluciones 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 retiradas 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 re-sistencia, 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 conocidos. Tales corroboraciones externas no son necesarias para el trabajo ana-

lítico 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 tra-bajo analítico, las palabras tienen también un valor concreto, más allá de su con-tenido 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 separan 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 téc-

nica 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 inconsciente (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 patógenos 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 terapéutico 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 consciente de lo previamente inconsciente es entendido en diferentes sentidos. Frecuentemente, devenir consciente se entiende como dar nuevos significados a los contenidos psíquicos. En este contexto, Blum (1979) cita la definición de insight 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 estrechamente 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



momentos en que una experiencia "¡ahá!" del paciente resuelve problemas importantes. 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 pensa-

miento. 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

---

1 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 psicoanalítico 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 inaccesibles 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", quedará para siempre como cicatriz (1968, p.180). Evidentemente, la descripción de la actitud que debe asumir el analista para poder compensar el estado carencial, depende 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 fetal, 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 Balint (1959), en *Thrills and Regressions* ("estremecimientos emotivos y regresiones"), menciona muchos ejemplos impresionantes de vivencias "ocnofílicas" y "filobáticas" 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 problemas 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 objeto y de ordenarlos según su cronología. El concepto omnímodo de regresión vincula 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 asociación 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 predomi-

nantemente 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 retrospectión 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 (Rothen-berg 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 latinoamericano, 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 intercambio 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 introyección, 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 inconscientes 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 absorción 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 Talión, "ojo por ojo, diente por diente", y así hace posible la interrupción del círculo vicioso que Strachey describió tan bien. Después de todo, en la teoría del desarrollo del yo, el concepto de superyó responde de vivencias y comportamientos que pertenecen a la categoría de los mandamientos, prohibiciones e ideales. El cambio de valores es la meta de la interpretación mutativa de Strachey. Nos parece convincente la argumentación de Klauber de que este proceso significa la interiorización de partes del sistema de valores del analista. Esta afirmación también se encuentra, aunque formulada cautelosamente, en algunos pasajes de Strachey.

En la segunda etapa de la interpretación mutativa aparece la persona real del analista como "nuevo objeto". En ésta, 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 crítico de la emergencia en la conciencia de la cantidad de energía del ello liberada, entre el objeto de su fantasía y el analista real. Aquí, el problema está estrechamente relacionado a uno que ya he discutido, es decir, al de la labilidad extrema de la posición del analista como superyó auxiliar. La situación analítica amenaza constantemente en degenerar en una situación "real". Pero esto en realidad significa lo opuesto de lo que parece. Significa que el paciente está, permanentemente, al borde de transformar el objeto real externo (el analista) en uno arcaico; esto es, está al borde de proyectar en el analista sus imágenes 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 fantasía. 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-displacer-tero, 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 pro-piamente 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 obser-vaciones 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 continuidad 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 interpretación mutativa delimita el campo de lo real dentro de la realidad psíquica, expandiendo así, tanto en la psique del paciente como en la relación con el analista, 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 diferencia-ción de la prueba de realidad del paciente en el instante de la interpretación transfe-rencial 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 compren-sión 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 ana-lítica 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 per-mita al paciente una nueva puesta en escena en la transferencia de los clisés de re-lación 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 prue-ba que, inconsciente y conscientemente, el paciente realiza. En el momento en que el analista entrega una interpretación mutativa, el analista revela algo de sí mis-mo, como lo destaca Strachey. Ciertamente, en esto no se trata de confesiones per-sonales. Aquello que, directa o indirectamente, se expresa en una interpretación útil para el paciente, se enriquece con el profesionalismo del analista y por el he-cho 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 espon-taneidad del analista:

Del énfasis en la espontaneidad se siguen varias consecuencias. La interacción espontánea humaniza la relación analítica a través de intercambio continuo de identificaciones parciales. Esta calidad humana de la relación es el antídoto de la cualidad 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 desencadenantes 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 inmutabilidad de lo reprimido, la llamada atemporalidad del inconsciente, al trabajo analítico 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 interpretaciones terapéuticas eficaces sean posibles. En este sentido debe entenderse la afirmación 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 superada, en tales casos graves se hace posible incluso reducir significativamente la duración del tratamiento, pues la experiencia creciente permite al analista hacer interpretaciones transferenciales provechosas, es decir, aquellas que vinculan el pasado 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 inconscientes conservados se disuelve con el devenir consciente. Es evidente que antes de disolver un vínculo es necesario establecerlo. Con esto, llegamos a la conclusión 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 origen 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 comporta el bien analizado analista; sus interpretaciones se dirigen a las relaciones de objeto inconscientemente buscadas o evitadas. Ezriel recomienda un tipo de interpretaciones 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 conclusión 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 importancia, aun cuando sólo se den interpretaciones en el "aquí y ahora"; éstas se refieren, sin embargo, exclusivamente a fuerzas y constelaciones inconscientes, aparentemente 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 transferenciales 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 influye (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 rechazo 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 clichés 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 cliché antiguo.

En contraste con la concepción ahistórica de transferencia recién descrita y las interpretaciones correspondientes, las verdaderas interpretaciones en el "aquí y

aho-ra" 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 "re-presentante" 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 relaciona 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 psi-coanalítica, 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 desarrollarse 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 mantiene el antiguo término de *Sprechzimmer*, es decir, locutorio o "pieza para conversar" (en castellano la palabra "locutorio" se aplica sólo al lugar donde los monjes 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 diálogo 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 manera que él pueda ofrecer una información concisa. En la medida en que la conversación se desvía de sus expectativas y de los patrones de habla y silencio característicos 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 Strean 1967). Es imposible dar una recomendación 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 mantener 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 asociación 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 también 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, pos-ponemos 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 experiencia 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 tempranas 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 importante, 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 sentido, 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 paciente 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 reemplazada por la transferencia persecutoria 'idealizada' (o por una intensificación de ésta). En cualquier caso, el silencio del analista es una forma de actuación. Interpretar también es actuar. Sin embargo, en tanto estimemos la interpretación como el instrumento para restaurar la salud par excellence, debemos considerar el silencio 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 agrego- haciendo 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 dis-curso 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 claramente 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 compulsión 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 realidad. Finalmente, la actuación representa una posibilidad de utilizar el mundo externo 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 resulta del retiro de la libido de los objetos (parentales) importantes, es compensada con la investidura exagerada del mundo externo y de las posibilidades de interacción con él (lo que, naturalmente, es fuente de nuevas experiencias). En nuestra opinión, esta experiencia arroja igualmente luz sobre el papel de la actuación durante las separaciones, como también en los avances del desarrollo y la consecuente 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 actuación sólo en el contexto del repetir y del reelaborar. Nos hemos referido a sus diversos significados, porque creemos que un entendimiento diferenciado del actuar posibilita su aceptación e integración, fuera y dentro de la situación de tratamiento, 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 cooperación terapéutica. El mero hecho de que se trate de un proceso que grava la capacidad 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 sentimientos infantiles, conflictos y fantasías, pero se supone que el yo del analizado 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 comparó 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 cautive 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, ciertamente 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 probablemente 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 compo-

nentes 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 ana-lítica, 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 pro-fundidad afectiva. Dentro de la situación analítica, resultarán entonces predominan-temente reconstrucciones racionales, mientras que fuera se actuarán las emociones.

Bajo el término de acting in, esto es, actuación en la situación psicoanalítica, Zeligs (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 teóri-camente 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 trata-miento 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 mar-gen 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 nega-tivas 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 psicoanalítica profunda de la reelaboración, como lo ha demostrado convincentemente Cremerius (1978).

La naturaleza conservadora de las pulsiones, la "viscosidad" (1916-17), la "inercia" (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 curación 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 reelaboración 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 represión fracasan los intentos de autocuración, pues falta la retroalimentación que permite 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 iniciador 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. Tanto 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 pre-sentando 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 te-

ner 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 nueva-mente 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 transference. 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 mantención 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, aunque, 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 psicoanalítico 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 es-quema cognitivo existente, la consecuencia puede ser una modificación de este es-quema (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 psico-analítica 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 inter-pretación, basada en la función integradora o sintética del yo (Nunberg 1931), merece 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 relevante 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 interpretada 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 congruentes 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 permanente de asimilar nuevas experiencias perceptivas en la estructura previa. Si se producen cambios en la estructura cognitiva, puede entonces suceder que representaciones o percepciones, hasta ahora congruentes y asimiladas, sufran un

proceso de desapropiación. La proporción entre las representaciones y experiencias perceptivas no asimiladas y las asimiladas se denomina con el término de "tareas pendientes" (backlog); estas tareas pendientes de asimilación constituyen uno de los determinantes principales de la angustia. McReynolds formula tres reglas operativas 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) deben 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 asimilación 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 también 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 lle-varse 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 ten-dencia 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 al-gunos analistas frente a la fase de terminación, como resultado de la presión ejer-cida 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 compli-cada 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 conse-cuencias negativas si, mientras el paciente expresa su gratitud, el analista, midién-dose 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 incons-cientemente, nota la decepción del analista. Entonces hará grandes esfuerzos para convencerlo del éxito, o se identificará con su desilusión. Algunas veces, la litera-tura contiene relatos que describen exactamente lo opuesto de esta falta de satis-facción 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 termi-nación 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 ter-minal siga patrones ideales. La investigación de Earle (1979), también en análisis supervisados llevados a cabo por candidatos, encontró que sólo un 25% de los ca-sos 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 ex-traordinaria 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) to-



maron 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 pudiera 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 indirectamente 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 personalidad". En el relato oficial de J. Bleger al IX Congreso latinoamericano de psicoanálisis (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 (así, 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 discriminación 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" 3 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) empero, 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 psicoanalítico ("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 re-sultado 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 ana-

lista 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 catamnéticas 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. Ésta 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).

le devuelven al yo las capacidades  
... k f À b

, 2É w 3 s 3 o 3§ k 3Æ g 4I c 5© – 5,, [ 5İ W 7 S  
T T Ä T

74 7; w 9M s 9V o £ k <W g T > c > - > [ ? W Ä AÉ S Aâ

B\* F† w FÆ s G† o B k l\ g Is c JÆ \_ KÌ [ N... W N÷ S U  
T Ä T Ä Ä T Ä

U3    U•   w    Uf   s    Y®   o    \f   k    \Œ   g    ^    c    ^    ^    ^7   Z    ^8   U  
      Ä            Ä                            T            Ä            T            Ä



b] bz w d̄ s e o eã k i-  
g. jK c u> - v‡ [ w W yà S àG O àH Jr Ä  
Ä T î

àH    à†   w    à°   r    àç   n   äú   j    åR   f    é‡   b   è\   ^   è   Z   è'   V   è'

ẽ ẽ w ê s ê  
T o íâ k íú g íf c íÈ - T î§ [ îj W ó6 S ó> O òÛ Kr

òÛ ò w úfl s ç o çÈ k çÛ g §a c •  
[ •G W •ú S •§ O •Û Kr – •  
T T

$\hat{U}$     $\cdot$     $w$     $\beta$     $s$     $\odot$     $o$     $\odot$     $k$     $\setminus$     $g$     $F$     $c$     $M$     $-$     $'$     $—$   
 $[$     $'$     $>$     $W$     $—$     $S$     $—$     $k$     $O$     $\neq$     $Kr$     $T$     $T$

≠ ≠] w Æ s Æ o Ää k Äë g Äö c Äï - ∞  
[ ±õ W ±ú R ±÷ N ±◇ Ir Ä - Ä Ä  
T T

Ä<sup>±◇</sup> ±ÿ w ±/ s ±<sup>✓</sup> T o ≤> k ¥Ñ g ¥fi c, ∂Δ \_ ∂« [ Ä °ó W °ü

ø ò - " [ " T  
vâ w vê s " W Õ. k "8 œj g œÉ c — 'ø Kr Ä T



‘ø<sub>T</sub> ∈ w<sub>Ä</sub> s<sub>Ä</sub> o<sub>fiU k</sub> ‡<sub>T</sub>Ũ<sub>g</sub> · c · Ä<sup>−</sup> · [ ·( W

,R ,d w %ov s Á\$ o Á6 k ÁR g Ác c Á. Í Ä Ä  
[ T Í Ä W Í Â S ÍÊ N Î Jr Ä Ä  
T

Î Î w Î s Î' n Î# j Ó

f    Ó    b    Ó]   ^    Òj   Z    ÚH   V    Ú]   R    Úð   N    Ú´   Jr    T  
  Ä    Ä    Ä    Ä    T

Ú Ú9 w Úb s 1, o ^ k ŸO g ŸT c ¨ \_ ¨

[    )   W    1   S    z   O    Ç   Kr            T            T

˘Ç ¸\* w ¸Ã s ¸ ä o ¸ ì k ù g ¸ c ô \_ ¸ T [

K r<sup>4</sup> \ w T s ` o T<sup>TM</sup> k g<sub>Ä</sub> ( c ô Ä



<sup>s</sup> -Í -1 w  
W o !- S k !@ O <sup>g</sup> \$ c + - v [ T T  
T !<sup>a</sup> Kr

T !<sup>a</sup> "D w \$) s \$œ o \$‰<sub>T</sub> k \$Â g \$<sup>-</sup><sub>T</sub> c \$<sub>¢</sub> - %<sub>T</sub> [

' \_ ) w ) s )- o ) k + # g + \* c + ^ \_ + f [ ,

W<sub>T</sub> , S , ¶ O , Æ Kr T T 7

,Æ ,i w ,» s -] o -d k -Œ g -◊ c /

- T / [ /O W /V S 1 O 1& Kr T  
T

1& 1Ö w 1İ s 2K o 2R k 3D g 3L c 3e \_ 3f [ 4  
T T T T T T T T T

4i 5 w 5 s 5í o 5ö k 7Æ g 7Σ c 7« - 7-  
[ 84 W 8< S 8a O 8h Kr T T



8h    9    w    9"   s    9Ω   o    9f   k    :,   g    :;   c    :â    $\overline{T}$     :ê   [    ;-   V

$$w^{<}<\&_{\text{T}}^{<-}s<\hat{a}o<\ddot{e}_{\text{T}}k=5g=<_{\text{T}}c>\hat{I}_{-}>\grave{U}_{\text{T}}[\quad?)\text{W}\quad?1$$

o ?Æ @& w @ ( s @-  
 @/ k @ 🍏 g @ ° c @, \ @~ X A} T AÖ P B^ L  
 T \ Ä \ T T

I Bm CH w CP s Cá o Cì k DÎ g T DÙ c EN - T E\ [

$$E^\infty \quad E^\pm \; w \quad E_{\setminus \ddot{A}} \; s \quad E \ll \; o \; \setminus \quad F \hat{O} \; k \quad F \smile \; \underset{T}{g} \quad HC \; c \quad HJ \; \underset{T}{-} \quad I \acute{E} \; [ \quad ]$$

Iß IÒ w I, s J o J<sub>T</sub> k JY g J<sub>T</sub><sup>`</sup> c K \_ K!<sub>T</sub> [ K

@ L̈ K L≥ w MD s MM o Mà k T Më g Nñ c T Nû \_ PI [ T

$$K \quad Q^@_T \quad Q^`_T \, w \quad Qa \, s \quad Qn_o_T \quad Q\dagger \, k \quad T\Delta_T \, g \quad W^` \, c \quad \ddot{A}^{Y\bullet} \, - \quad Y^{\cdot\cdot} \, [$$



ZŒ [o w ]M s ]O o ^f k \_Œ g bÿ c d° \_ Ä e [ e  
T T Ä

fR gU w gl s hi o k̂ k l g l\* c lø \_ Ä l» [ lÀ ´

I<sup>x'</sup>     $\tilde{y}_A$  w     $\hat{y}_A$  s    {M o    {[ $\ddot{A}$  k    }  $\ddot{A}$  g    }<sup>\*</sup> c    - T    :

Ö-  
Ö/ w    Ö[ s    á2 o    ç    k    éÉ g    éå c    íö \_    í™ [    ìU W  
  Ä                    Ä                    T                    Ä

ñì    ñ‡    w    ñ·    s    ó<sup>TM</sup>    o    óØ    k    ô€    g    ù§    c    †4    –    †∞    [    ϕ<sup>Â</sup>  
       T                   T                   T                   Ä                   Ä                   Ä

£/ £U w £' s £Ô o • k ¶ ßâ g O ¶ ®, K Ä  
c ¶n ¯Ä ¶Ë [ ¶Ô W T ßh S

“g<sup>®</sup> K<sup>©</sup> Ä<sup>w</sup> ß<sup>s</sup> T<sup>≈</sup> o<sup>«</sup> k<sup>Á</sup> T<sup>g</sup> TM<sup>c</sup> T<sup>\$</sup> – TM<sup>{</sup> T

$$W^g_{\mathfrak{i}} \leq^c_{\check{Y}} w_{\check{S}} \prod_{\check{V}[\cdot]} \Pi_{\cdot}^{\cdot, s} \mathfrak{O}^a_{\check{A}} \mathfrak{p}^o_{\check{V}d} \mathfrak{w}^a_K \mathfrak{k}^{\mathfrak{a}, \cdot}_{\check{A}} g_{\mathfrak{T}} \circ \tilde{A}^{\cdot} c^{\cdot} \Omega_{\check{A}^-} \Omega \not\subseteq [\cdot] \varnothing$$



$\ddot{A}^{\sqrt{d}}$ 
 $\frac{f\hat{e}}{T}$ 
 $w \approx n$ 
 $s \approx \frac{E}{T}$ 
 $o \approx \prod$ 
 $k \approx \frac{1}{T}$ 
 $g \Delta$ 
 $\} c$ 
 $\acute{A} -$ 
 $\ddot{I} \lceil$ 
 $\frac{\phantom{I}}{T}$ 
 $\tilde{A}h$

Ãë ‘🍏 w “ s\_T ’ o ’/ k ’g g ›t c ›Ö – › [ fiH W\_T

w<sub>T</sub> f<sup>#</sup>K<sup>f</sup>s fT o fÄ k f<sub>g</sub> ·ú c ·¶ \_ Ê<sup>˘</sup><sub>T</sub> [ Á W<sub>T</sub> Ár

Í◊ ÍÒ w Îó s Ì¿ o İ k ÌÒ ġ Ó  
c 🍏 È ¯ Òè [ ıİ W ˇ• S D O ] K Ä  
T

ƒ c ] ô w ´ s 🍏 o ~ k \G g

Ö [̄ W û S ; O T B K Ä Ä Ä Ä

,      B      J      w      ~      s      °      o      Ê      k      🍏      g      ~      c      ¨      -  
W      /I      S      /a      O      /o      K      Ä      T      T      Ä      -  
Ä

Ä /o /q w 0v s 2Ä o :g k : , g ; c T ;2 \_ ;? [ Ä ?Á ´

$\overline{\ddot{A}}_{\zeta}$ 
 $G_{\text{æ}}$ 
 $K$ 
 $H \neq$ 
 $\ddot{A}^w$ 
 $\ddot{A}^{K \div}$ 
 $s$ 
 $MH$ 
 $o$ 
 $\frac{MQ}{T}$ 
 $k$ 
 $Mg$ 
 $g$ 
 $\ddot{A}^{Mx}$ 
 $c$ 
 $Má$ 
 $-$ 
 $\frac{R^{\text{®}}}{T}$ 
 $[$



o<sup>-ξ</sup> b a— w a< s b  
O g“ K c' g cπ c d4 \_ di [ d; W d» S g— T

$$g_{\ddot{A}}^{\text{“}} \quad m_{\text{T}}^{\text{F}} \text{ w} \quad m_{\text{T}}^{\text{P}} \text{ s} \quad n_{\text{T}}^{\text{“}} \text{ o} \quad n_{\text{T}}^{\text{“}} \text{ k} \quad n_{\text{T}}^{\text{“}} \text{ g} \quad n_{\text{T}}^{\text{“}} \text{ c} \quad o_{\text{T}}^{\text{A}} \text{ -} \quad o_{\text{T}}^{\text{M}} \text{ [}$$

s sg w sh r sé n sè i sê e sê a vY ] vÍ Y w  
M |z I î T Ä Ä

Ä|z |à w }Ä s T }ä o }' k Ä ã~ g Äç<sup>a</sup> c ç<sup>o</sup> – éE [ éM

©     $\neq_T$     w     $\forall$  s     $\gg_{\ddot{A}}$  o     $\ddot{A}_T$  k     $\ddot{a}_{\ddot{A}}$  g     $\infty$  c    †.     $^-_T$  †X [    †t '

$$\begin{array}{cccccccccccccccccccc} \beta & & \beta & w & \textcircled{\scriptsize C}^- & s & \ddot{-} & & & & & & & & & & & \\ o & \circ & k & i & g_T & f & c & \textcircled{\scriptsize E} & \bar{T} & \emptyset N & [ & \pm v & W & \pm & S & \leq & O \\ & & & & & & & & & & & \ddot{A} & & & & T & \end{array}$$

¥Æ   ΠΜ   w   ΠV   s   ΠÇ   o   Πñ   k   π≠   g   °‘   c   ι<   \_   ιX   [

$\frac{O}{K} \Delta$

$\ddot{A}$

$\ddot{A}$

T

$\ddot{A}$



$\Delta$   
 $\Delta$  v  $\Delta 5$  r  $\Delta 6$  m  $\Delta 7$  i ... e ... a ...f ] ... Y 0  
T  $\hat{i}$  T  $\ddot{A}$

Œ© Œπ w Œ¬ s æ- o æY k æ| g æö c -° \_ —  
] O —  
í K T T T

Ò <sup>—í</sup> s “B <sup>—ô</sup> o <sup>w</sup> <sup>—</sup> [ k “e g <sub>T</sub> “π c “« <sub>T</sub> “Ì [ “, W <sub>Ä</sub> ‘J S .

◇<sup>✓</sup>     $\ddot{Y}_T$     w     $\tilde{N}_s$      $\hat{K}_T$  o    È3 k    È@<sub>Ä</sub> g    Íà c    Îø<sub>T</sub><sup>-</sup>    ÏÖ [    Ì

Ìˆ    Ì˘ w    Óh<sub>T</sub> s    1§ o    °v<sub>T</sub> k    °x g    , - c<sub>T</sub> , \$ -    , ß [ ¨<sub>Ä</sub> , © v

Ä S k ' w á g s I ≥ o N - Ä C [ Ä § W ª S T ÿ

$$k_{S_T} : \begin{matrix} A & w \\ (P & O \end{matrix} \begin{matrix} \text{Apple} & s \\ )T & K \end{matrix} \leq k_{\ddot{A}}^a \begin{matrix} g \\ -D & c_T \end{matrix} \begin{matrix} -Q \\ - \end{matrix} -\grave{a}$$

)T )Y w ,A s ,K o ,\_ k ,a g ,° c -  
- . [ . W / S /- O /k K T



/k /t w 6,, s 6İ o 8B k 8O g 9g c 9h ^ 9İ Z 9İ U  
M :8 I T Ä Ä Ä Ä

[illegible]

D S      D- G Z T      w O      Dì s G å      Dî o K      EW T k      Ed g      FC c      FY T \_      FZ [ l

Gå G§ w G« s HS o IΣ<sub>T</sub> k I' g Jv<sub>Ä</sub><sup>c</sup> KØ \_ L [ <sub>T</sub> ]

R©    R≤ w    S≠<sub>T</sub> s    S¥ o    Uü k    U¶ g    U<sub>T</sub> c    U“ – Y) [<sub>T</sub> ^

cw      cç   w      dú s      dù l      dû h      f< d      fÈ `      fÍ \      f~ X      i†  
T                  T                  T                  Ä      \Ä

j jG w k° s Ä l“ o lÿ k \ nÔ g nÖ ` nÕ \ p^ X qG  
T T

r,     $\frac{t+}{T}$  w    t3 s     $t_i$   $\frac{o}{T}$     t» k    u3  $\frac{g}{T}$     uá c    uê \_    uœ [  $\frac{u}{T}$   $\Diamond$  V



$\overset{vw}{K} \overset{v\sim}{\ddot{A}} \overset{w}{T} \overset{v\hat{u}}{s} \overset{v\bullet}{o} \overset{w\mathring{A}}{T} \overset{k}{w\grave{a}} \overset{g}{T} \overset{x}{c} \overset{x''}{-} \overset{x\mu}{[} \overset{}{T} :$

$\overset{y}{y\ddot{a}}_T$  w     $y\ddot{e}$  s     $\{P_o\}_T \tilde{A}$  k     $\sim, \overset{g}{T}$      $\sim 4$  c     $y_{T-}$      $\ddot{A}$  [     $\overset{\ddot{A}}{\ddot{A}} >$  v

T<sub>w</sub>     $\ddot{A}V_{\tilde{N}}$      $\tilde{N}_s$      $\tilde{A}_{\tilde{N}r}$  o     $\tilde{N}y_k$      $\ddot{O}_T$  g     $\ddot{O}_c$      $\ddot{O}f_T$  –     $\ddot{O}\grave{A}$  [     $\ddot{U}_Tg$  W

åÓ<sub>T</sub> çf w çÿ s<sub>T</sub> çÓ o çÔ k<sub>T</sub> éu g éÅ c<sub>T</sub> éf – éÀ [ ìΣ<sub>T</sub>

$$\hat{\partial}_{\leq T} \quad \hat{\partial}_\mu \quad w \quad \hat{\partial} \int_s \quad \ddot{o} @ \quad o \quad \ddot{o} A \quad \underset{\ddot{A}}{j} \quad \ddot{o} z \quad f \quad \ddot{o} \{ \quad a \quad \ddot{o} | \quad ] \quad \acute{u} \underset{\ddot{A}}{\zeta} \quad Y \quad \acute{u} \ll$$

$$\grave{\text{u}}_{\text{T}}, \text{ †}\ddot{\text{O}} \text{ w } \text{ }^{\circ}\tilde{\text{a}}_{\ddot{\text{A}}} \text{ s } \text{ }^{\circ}\hat{\text{o}}_{\ddot{\text{A}}} \text{ }^{\beta}\text{®} \text{ k }_{\ddot{\text{A}}} \text{ }^{\beta} \text{ g }_{\ddot{\text{A}}} \text{ }^{\text{'} } \text{ c } \text{ }^{\text{''}}\text{Å} \text{ }_{-} \text{ Ø }_{\hat{\text{i}}} \text{ [ } \text{ }^{\pm}\text{İ}$$

..  $\Delta \in$   $\Delta\%$  w  $\Delta\hat{U}$  s ...; o ...H k  $\frac{-}{T}$  S  $\hat{A}-$  O  $\hat{A}\hat{a}$  K  
 $\ddot{A}$  '  $\hat{A}$  c '  $\hat{c}$  -  $\hat{c}$   $\frac{\div}{T}$  [  $\frac{\div}{T}$  . W  $\frac{\div}{T}$

Âå   Âö w   Êo s   Ê| o   Á/ k   Á6 g   ÍO c   ÍQ \_   🍏 [   🍏ʹ



O  
J

”

Ä

Ä

T

T

T

“N w “O r “P n j X f ` b \Σ ^ \« Z \...  
î T Ä

Î Ï v r , m i h e n a ú ]  
Ä T T

"X "≤ w "Δ s \$<sub>T</sub><sup>-</sup> o %% k %'<sub>T</sub> g %O c &1<sub>T</sub> – &[ [

c (i ( w \*í s .◊ o 0y k 1Í g 2  
3İ - 5 [ 6è W 8è S :» O ;G K Ä Ä  
T Ä Ä

K ;G < w C. s EY o F k GJ g GM c H7 \_ NW [   
 Ä Ä T Ä Ä T

TM SZ S` w Tr s , U o Vó k Wë g Wí b W≈ ^ WΔ Y  
I T Ä Ä Ä Ä

g b<sup>TM</sup> j,, w n1 s n: o o k o-  
og c r/ \_ rK [ re W rÚ S sâ O s' K 7  
T T Ä



s' tB w tC r ts n tt i tu e w~ a x ] x Y x  
xõ x' w x« s x» o Å≠ k ÅÆ d ÅØ Cj Çm X Ç  
T T T T T

É<sub>ı</sub>   Ñ   w   Ñ3   s   ÑA   o   ÑP   k   Ñ   g   â  
 c   â-  
 -   ì€   [   ìÂ   W   ™[   S   ™\˘˘   É<sub>ı</sub>   H   T   T   Ä  
           T  
 Ä   ö˘   ö˘   ö˘   ŭ˘   ù˘   ∂ i   À W   M˘   Ö˘   ME˘   œ˘ @ %o H

t a % 4 V ^{ \sim } \S \grave{K} ^{ x } \tilde{N} \grave{K} ^{ m } \% \hat{o} \grave{K} ^{ d } \circ \beta \grave{d} \text{\textcircled{R}} \text{\textcircled{d}} \text{\textsuperscript{TM}} \grave{c} \text{\textsuperscript{TM}} \text{\textcircled{c}}

û J 2É ? 4H ? 4I 6 § K Ä<sub>j</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>i</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>k</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>l</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>m</sub><sup>TM</sup> S <W J > 9 > 0 4I 6 Ä<sub>n</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>o</sub><sup>TM</sup> (Ä<sub>p</sub><sup>TM</sup>) Ä<sub>q</sub><sup>TM</sup> B+ o EC l GY a Gu X I8 G I9 ><sup>TM</sup> Ä<sub>r</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>s</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>t</sub><sup>TM</sup> Y® G ^ G<sup>TM</sup> Ä<sub>u</sub><sup>TM</sup> (<sup>TM</sup>Ä<sub>v</sub><) Ä<sub>w</sub><sup>TM</sup> b[ L b\ I b] I b{ I b| I eã F i ; Ä<sub>x</sub><sup>TM</sup> M r jK a jL X ll U õ J sn ? u> ? yà ? É ?Ä<sub>y</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>z</sub><sup>TM</sup> àG p à^ àç L äö A äu 8 u> ? ya ? M Ä<sub>{</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>|</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>}</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>~</sub><sup>TM</sup> Ä<sub>ä</sub><sup>M</sup>@ Ä<sub>e</sub><sup>TM</sup> äü TM äR j âS a éfi P éfl M ét M è Ä<sub>f</sub>(Ä<sub>g</sub><sup>TM</sup>) Ä<sub>h</sub><sup>TM</sup> ((Ä<sub>i</sub><sup>TM</sup>) (sä X • U • L ßç L Bé Ä<sub>j</sub>

´ \ r ` \ r ∞ g ∞ g ±õ d ±Y R ±ÿ @ ±M̈= ±/ = ßç L Ä¸ .  
 M @ Ä¸ Ä¸ TM TM Ä¸ TM  
 ±/ ≤ y ≤ v ≤ g ≤ ^ ∂Δ M ∂« D Ωā A ø 6 √Ø 6 Ä¸  
 ï √Ø Ä¸ p Õ. p —æ p —  
 ø g “ó X ø G ç > ’é ; √Ø 6 Ä¸ Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ TM TM d  
 p fl p ‡Ú p ‡Û g %ov V %ow M Á J ÍÂ ?Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ Ä¸  
 # W Ó] L Òj L Û7 L Û8 I Û9 I Ûb I Ûc I ÿ IÄ¸MÄ¸ Ä¸ Ä¸  
 Ä Ä¸ M ç Ä¸ @ ÿj ,\* p ä p ù p ã p ô p ¨ p  
 Ä Ä¸ ç Ä¸ ç ¸ d Ä¸ ¸ Ä¸ p Ä¸

$$\beta_p \psi_p < p$$

¶ p % Â ¯ d l Ê T c \$ C % : œ K \J Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> W  
Ä¸<sup>TM</sup> ( Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> © ` » "C a "D  
Ä¸<sup>TM</sup> < Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> -Y l !<sup>a</sup> a "C a "D  
J 3Ó J 6v ? 8K ?<sub>i</sub> Ä Ä¸<sup>TM</sup> „<sub>v</sub> Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup>  
BG b Ey b Eí P E± > Ix 3 3Ó J 6MÄ¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup>  
M @ Ä¸<sup>TM</sup> „<sub>v</sub> Ix IE l Kl l  
[ TΔ [ W P ZÇ P [V P [n P Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup>  
[n [o r ^f r ^g r -Ö o Æ f by f bÿ f d+ c d· X<sup>TM</sup>

fS hi x kç m k̄ m k̃ d o] S o^ J rÔ G uq < x' <  
 Ä¸ L Ö. I Ö/ I Ö\ I Ö] I á2 I â† > ç > Ä Ä¸ M TM F  
 Ä  
 M @ ç ìU p îe p îf g ñ† V ñ· M ô€ J ù£  
 Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ ç TM < P Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM  
 ù§ 6 â† > Ä Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM  
 g p ∞Á p ≤b p ≤c g ∏, V ∏% M æ' J a' AÄ¸ Ä¸ TM Ä¸ TM  
 Ä¸ U jÿ D j/ ; fê 8 ∏% M æ' J Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ TM TM Ä¸ TM  
 è fê r Δ} a Δ~ X Âê U "6 J 'g J <Î J <f J >s J >t AÄ¸ S  
 TM Ä¸ TM ( < Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM  
 ç TM ( < Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM  
 } I  
 · I  
 , @ Ä¸ TM Ä¸ TM TM Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ TM TM < Ä¸  
 Ö j  
 Ü a û ^ ~ S ° S S !2 S \$Ö S &õ S +ú S <  
 ' S Ou S TM Ä¸ Ä¸ S Ä¸ TM Ä¸ Ä¸ TM Ä¸ TM Ä¸ TM < <



[illegible]

U ^

$$U \quad \_c U \quad cQ \ J \quad g? \ J \quad kE \ J^{\text{TM}} \quad \ddot{A}_i \quad , \ddot{A}_i \quad {}^{\text{TM}} \ddot{A}_i \ \ddot{A}_i$$

kE r\$ x sg m sÄ [ sê I së @ vY / Z

U ^

Ä¸<sup>TM</sup> d P Ä¸ M<sup>TM</sup> Ä¸ Ä¸<sup>TM</sup> Ä¸\ vY vZ r z o z o z  
o M z! o }' o ÅM d Éâ d Ü4 d á~ d â/ d ã^ d ã~ [ ^ î  
Ä¸<sup>TM</sup> S õ· S úÊ S üŒ S †s S †t J â/ d Ä¸<sup>TM</sup> ä~ ç<sup>a</sup> j ç<sup>o</sup> a èì<sup>TM</sup>  
^ †t ©- j © a ¨-  
<sup>TM</sup> Ä¸<sup>TM</sup> ØM S ØN J ∞ó J ∞^ J ≤ J ≤ J ¥Æ G †t J â/ Ä¸<sup>TM</sup>  
< < ¥Æ π≠ p ° p øg p ip p ¬P p f

V Δ  
M ¥Æ G † J â/ Ä Ä Ä TM Ä TM < < Ä TM  
Δ& i Δ7 W ...Π T ...π T ...f T ...À T ...Ã T Ä5 T 0  
† I † J â/ Ä Ä MÄ Ä Ä M @ -† -°  
Ö a —Ú X “B U ‘J J ÷í J ÷√ J ÷f J ◇ 9 -  
Ä TM ( ( Ä TM Ä Ä TM Ä TM ( < Ä  
◇ y p Y m Y d Ñ S Ö J fi% G ‡y < ,±  
Ä Ä TM Ä TM ( < Ä TM Ä Ä TM Ä TM TM  
§ g V M ≥ J Ä TM Ä Ä Ä TM Ä TM  
ë p Δ p S g  
X X á M C < M ≥ J Ä TM TM ( Ä TM TM  
D r § o d d -\* d k d #  
d \$ d &Ö d (P d „ d 2¢ d 9g dÄ TM TM Ä TM  
9g 9Ä i 9i W =† L ? L Bô L Bö I Bõ I B∞ I E  
Ä TM ÄM Ä M @ Cû Cü r Dì a Dî  
U HS D HT ; Jv 8 B∞ I B± I Ä Ä TM Ä TM  
Jv KÆ p KØ g Mí V Mî M Nî J TÒ ? Y) ? ^8 ? dû ?  
i TM Ä TM < P Ä TM Ä TM f: hÅ p  
Ö G u2 GÄ Ä Ä Ä TM Ä Ä Ä Ä Ä Ä  
{P U }Ä J Ä J É< J Üg J à\ J äh J ç J ë0 JÄ Ä Ä  
d Ä TM

ë0    ó( p    ö@ p    öY ^    ö| L    ù,, A    †Ö A    ß¶ A    ßß >    ß®  
 Ä    M    M    Ä M    @ Ä¿    TM    ßÄ    ßÃ x    ´  
       x    ´    o    Å o    Ç o    Ø l    Ø c    ±Ì c    ±Ó c    ≤0 `    ≤  
       M Ä¿    „ Ä¿ Ä¿    TM Ä¿ Ä¿    TM Ä¿    TM Ä¿  
 ≥Ä    µì x    fA m    æ´ m    ¬3 m    ≈É m    ΔÜ m    ... m    –  
 .. m    ‘ m    À d    ´ S    ~ J    Ä¿    TM Ä¿    TM    ( ( Ä¿



”  $\frac{1}{2}$  x  $\langle f$  m  $\ddot{X}$  m  $\hat{A}$ - m  $\hat{E}d$  m  $\hat{E}\tilde{a}$  m  $\ddot{I}$   
m  $\ddot{O}^a$  m  $\ddot{O}\ddot{O}$  b  $\acute{U}3$  b  $\acute{U}\textcircled{R}$  b  $\grave{U}T$   $_{-}$   $\tilde{\imath}$  T “

$$T \ddot{A}_i \qquad {}^{\text{TM}} \ddot{A}_i \ddot{A}_i \qquad , \check{\phantom{A}} \ddot{A}_i \qquad {}^{\text{TM}} \ddot{A}_i \qquad \text{''}$$

Ä ¸ i P W L L ¥ A µ > |∂ > |Σ > |« >  
M M Ä M @ » |... x |È x |Í x

ñ u f j Î j X F Æ ; \»M Ä Ä TM  
M @ Ä TM Ä  
Æ -. j -/ g -0 g -I g -J g "X g ' \ ' S (i S  
M Ä Ä TM Ä TM Ä  
( ° ( r \*í a \*ì X -  
◇ U ÷ J ◇ A 0y 0 ' S Ä TM ( Ä TM Ä  
2≈ o 3İ d 5 d 5 [ 6ê J 6ê A 8é > Ä TM Ä Ä  
Ä Ä TM 8é 8è r :» a :... X ;F U ;G L < ; <À 2 8é :  
Ä Ä TM Ä TM ( Ä TM <À ?Y x C-  
m C. d EY S E/ J F G F > 8é > Ä Ä TM Ä Ä  
TM Ä TM Ä F H7 j H8 a I| ^ K# S NW S P  
Ä TM Ä Ä TM Ä TM Ä TM Ä TM  
U U r Vó a Vò X Wë U WTM C W« 1 PÛ J  
M Ä  
M @ Ä Ä TM Ä TM < Ä TM  
a0 m bTM m f b j, b j,, W k H Ä ,, < Ä TM

k k~ p l° p n p og \_ oh T tB Q t[ ? b™ m 1  
[ }y P Å° P Åç M Å≠ M „ Ä Ä „  
Ä≠ Ñ l ÜL i è ^ ë ^ îö ^ ô4 ^ ôÎ S û9 S  
‡

Ä¸<sup>TM\</sup> <sup>TM]</sup>p <sup>TM</sup>ÜL i è <sup>^</sup>Ä¸<sup>TM</sup> <sup>ë</sup> <sup>^</sup> <sup>îö</sup><sup>TM</sup> <sup>^</sup>Ä¸<sup>TM</sup> <sup>ô4</sup> <sup>^</sup>Ä¸ <sup>õÎ</sup> S <sup>û9</sup> S <sup>TM</sup> f @><sup>~</sup>  
 c ê d 9µ · 5(¡F fl <sup>~</sup> T ≈Æ àÄ !C Ä T !Ñ

$\overset{S}{\underset{\ddot{A}}{\text{Ä}}} \text{ k}^{\text{©} \text{<}} \text{ á g}^{\cdot \ddot{A}} \overset{\text{©} \text{>}}{\underset{\text{T}}{\text{I}}} \text{ c}^{\text{~~~~}} \text{ N} - \overset{\text{C}}{\underset{\ddot{A}}{\text{Ä}}} \text{ [} \overset{\text{§}}{\underset{\ddot{A}}{\text{Ä}}} \text{ W}^{\text{a}} \text{ S}_{\text{T}} \text{ } \text{¿}$

V V +      Û -  
 <    Ĩ£ = (Π / , 5” 0 C? 1 P} 2 \_ú 3 ll 4 {F 5 â∞ 6 ïi  
 ĭ A .§ B <{ C Jİ D XÅ E ep` F s G ÇK H  
 z K π© L Δ© M ,ä N „Ö O ÒÆ P <sup>a</sup> Q P  
 9Á U H- V W W eÛ X <sup>t</sup>™ Y Ç  
 Z ê [ û¶ \ ≠G ] <sup>a</sup> ^ »“ ,Y ` ,1 a  
 Δ d h e \*μ f 9∞ g F† h Tq <sup>-</sup>i cs j pv k  
 n ©| o ∂Y p ≈ q ”Ó r .s s Ô<sup>˘</sup> t Π u  
 I <sub>v</sub> . w 'A x 3l y @o z M◊ { [Ö | iU }  
 Ä °5 w Dì s Dî o EW k Ed g FC c FY <sup>-</sup>T FZ [ Fh  
   S   GZ O   Gå K   T   T



