

CAPÍTULO V

LOS FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DEL PSICOANÁLISIS

Como ya hemos señalado anteriormente, Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis era fundamentalmente una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, queriendo señalar que por una condición particular, intrínseca a esta inconfundible disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo. A medida que uno se conoce mejor a sí mismo, decía, puede modificar también su personalidad, esto es, puede curarse. Esta circunstancia no sólo ha de ser considerada como un principio filosófico, sino que es también una evidencia empírica de la investigación freudiana. De hecho, uno de los grandes aportes de Freud a la psicoterapia es haber descubierto y demostrado que al hacerse conscientes determinadas situaciones (traumas, recuerdos o conflictos) los síntomas de la enfermedad se modifican y la personalidad se enriquece, se amplía y se reorganiza. Es una peculiar circunstancia que, como expuso admirablemente H. Segal (1962) en el Simposio de Factores Curativos del Congreso de Edimburgo, unifica en una sola actitud la cura y la investigación.

Pero aún hay más. Así como existe una correlación estricta de la teoría psicoanalítica con la técnica y con la investigación, también se da en el psicoanálisis, una relación especialmente estrecha entre la técnica y la ética. Hasta puede decirse que la ética es una parte de la técnica o, si se prefiere, que lo que da coherencia y sentido a las normas técnicas del psicoanálisis es su raíz ética. De esta forma, la ética se integra en la teoría científica del psicoanálisis no como una simple aspiración sino como una necesidad de su praxis. Esto quiere decir que los fallos éticos del psicoanalista, forzosamente, revierten en fallas de la técnica, ya que sus principios básicos, especialmente los que configuran el encuadre, se sustentan en la concepción ética de una relación de igualdad, respeto y búsqueda de la verdad. Quizás en otras disciplinas sea factible, al menos hasta cierto punto, mantener una disociación entre la profesión y la vida cotidiana, pero esto resulta totalmente imposible en la psicoterapia psicoanalítica.

Por supuesto que nadie en sus cabales va a pretender que el analista no tenga fallos, equivocaciones, debilidades o descuidos, pero sí que pueda aceptarlas en su fuero interno por consideración al método, a la verdad y al enfermo. Sobre todo si tenemos en cuenta que el analista tiene como

instrumento de trabajo su propio inconsciente, su propia personalidad. De ahí que la relación de la técnica con la ética se haga tan apremiante e indisoluble.

Precisamente, uno de los principios que nos propuso Freud, un principio que es a la vez técnico, teórico y ético, es que no debemos ceder al *furor curandis*, es decir, que no debemos dejarnos llevar por el vehemente deseo de curar al enfermo <sea como sea y cueste lo que cueste>. Y no debemos hacerlo porque el *furor curandis*, diferente por completo del deseo de curar en cuanto significa cumplir con nuestra tarea, es sin duda un evidente problema de contratransferencia. Este principio, sin embargo, no viene a modificar lo que acabamos de decir respecto a la inextricable unión que ha de existir entre la técnica y la ética, ya que, la prevención de Freud no es más que la aplicación de un principio más general: **la regla de la abstinencia**. El análisis, afirma Freud en el Congreso de Nuremberg (1910) y lo reitera muchas veces más, tiene que transcurrir en privación, en frustración, en abstinencia. De hecho, aunque esta regla se puede entender de muchas formas, nadie pone en duda que lo que Freud ha querido decir con esta frase es que el analista no puede darle al paciente satisfacciones directas, porque en cuanto éste las logra el proceso se detiene, se desvía, se pervierte.

Ahora bien, la regla de abstinencia, que para el análisis es un recurso técnico, para el analista es una norma ética. Porque, evidentemente, el principio técnico de no facilitar al analizado satisfacciones directas tiene su corolario en el principio ético de no aceptar las que él pueda ofrecernos. Así como nosotros no podemos, o mejor dicho no debemos, satisfacer la curiosidad del paciente, tampoco podemos complacer la nuestra. En cuanto somos indulgentes con nuestros propios deseos, la regla de la abstinencia deja de aplicarse y el proceso terapéutico se desvirtúa. Si consentimos que el analizado nos gratifique, ya lo estamos también gratificando. Si hacemos al analizado una pregunta únicamente para satisfacer nuestra curiosidad, con su respuesta -o su negativa a responder- él ya está de alguna manera gratificándonos. Así pues, desde el punto de vista del analista, lo que el analizado dice son sólo asociaciones, y lo que asocia sólo puede ser considerado como un informe pertinente a su caso, como material.

En cualquier caso, lo que acabamos de decir toca también de lleno el problema de la relación terapéutica, lo ocupa y lo concreta de una forma mucho más estricta y rigurosa. Tanto es así, que el no gratificar los deseos del paciente (particularmente sus deseos sexuales) pasa a ser para el analista un aspecto fundamental de la regla de abstinencia. En lo que al analista se refiere, lo esencial del trato terapéutico puede sintetizarse con un único concepto: **actitud de neutralidad**. Ésta implica que el terapeuta, aun siendo un elemento implicado vivamente en la relación, no puede manifestar sus sentimientos, ni sus opiniones, ni nada que sea transmitir algo de su vida personal. Cuanta menos relevancia tenga el terapeuta, más se podrá observar del paciente. También implica que todas las asociaciones del enfermo han de ser recibidas por el analista en la misma forma, con la misma actitud, una actitud que en psicoanálisis se ha dado en llamar de **atención flotante**. La atención flotante garantiza que todas las asociaciones del paciente van a ser recibidas con la misma neutralidad, porque en cuanto el analista pretenda obtener de estas

asociaciones alguna información que no sea pertinente a la situación analítica, el proceso terapéutico se va a detener, a estancar, a pervertirse. La experiencia muestra, además, que cuando la atención flotante se perturba es que está operando alguna proyección del analizado y que, por tanto, esta perturbación del analista debe ser considerada como un problema de contratransferencia (Grinberg, 1963).

No se nos oculta lo difícil que es establecer y mantener esta actitud en la práctica, pero pensamos que en la medida en que la comprendemos nos resulta más fácil adoptarla. Además, tenemos que tener presente que lo que acabamos de exponer no es sólo un principio técnico y ético sino también una saludable medida de higiene mental, de protección para el analista. Como señala Freud en *El psicoanálisis silvestre* (1910), no tenemos derecho a juzgar a nuestros colegas y en general a terceros a través de las afirmaciones de los pacientes, que debemos escuchar siempre con una benevolente duda crítica. En otras palabras, y esto es rigurosamente lógico, todo lo que dice el paciente son sus opiniones y no los hechos objetivos.

5.1.- LAS REGLAS BÁSICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

En un artículo de 1913 titulado *La iniciación del tratamiento*, Freud comparó las reglas del tratamiento psicoanalítico con las reglas del ajedrez. En su opinión, ambas posibilitan una infinita variedad de movimientos, sólo limitada en las fases de apertura y cierre: *“Si intentamos aprender en los libros el noble juego del ajedrez, no tardaremos en advertir que sólo las aperturas y los finales pueden ser objeto de una exposición sistemática exhaustiva, a la que se sustrae, en cambio, totalmente la infinita variedad de las jugadas siguientes a la apertura... Pues bien: las reglas que podemos señalar para la práctica del tratamiento psicoanalítico están sujetas a idéntica limitación”* (1913, O.C. p. 1661).

La comparación con el ajedrez surge de manera natural cuando se trata de ilustrar la diversidad de conducciones posibles de un tratamiento. Ahora bien, en ajedrez es fácil distinguir entre los movimientos que contravienen las reglas y aquellos otros que sólo son poco convenientes, lo que en psicoanálisis es mucho más difícil. Esto se debe, por un lado, al desarrollo histórico de la teoría y de la técnica psicoanalíticas y, por otro, a las diferentes funciones que tienen las reglas en psicoanálisis.

Vale decir aquí que las reglas del tratamiento psicoanalítico no forman un sistema estructurado cerrado, sino que son más bien una colección de directivas sobre áreas diversas y con distinto contenido imperativo. Es difícil, además, distinguir cuántas de estas instrucciones son efectivamente reglas de juego del ajedrez psicoanalítico y representan su núcleo constitutivo. Al contrario del ajedrez, no hay reglas cuyo único efecto sea el que dos personas se junten para jugar. Las reglas psicoanalíticas son siempre reglas estratégicas que deben ser negociadas y confirmadas en cada relación individual. Esto diferencia el psicoanálisis del ajedrez, donde las reglas del juego y las reglas estratégicas están claramente separadas unas de otras.

En cualquier caso, en este apartado no pretendemos hacer una exposición exhaustiva de todas y cada una de las reglas de tratamiento importantes, sino, más bien, quisiéramos tomar posición en relación con algunas recomendaciones especialmente cruciales, recomendaciones entre las que habremos de destacar el manejo de la Asociación Libre, la adopción de una actitud terapéutica de atención flotante y la regla de la abstinencia, pues éstas se refieren a los principios técnicos básicos.

➤ **La Asociación Libre como regla fundamental de la terapia**

La asociación libre no sólo ocupa el primer lugar en la jerarquía de las reglas, sino que también ha sido considerada por muchos autores como la contribución técnica más importante hecha por el psicoanálisis. En una carta a Stefan Zweig, del siete de febrero de 1931, Freud menciona, con evidente conformidad, este hecho. También Ernest Jones (1954, p. 265), apoyándose en el hecho de que ayuda a encontrar el camino hacia los pensamientos oníricos latentes en la interpretación de los sueños, incluye la asociación libre, junto al descubrimiento de la sexualidad infantil y el Complejo de Edipo, entre los hechos más relevantes en la vida científica de Freud.

No es este el lugar para precisar dónde reside la originalidad de la asociación libre en relación con las actuaciones de algunos de los precursores y contemporáneos de Freud. Lo que sí es seguro es que la técnica psicoanalítica se desarrolló gradualmente a partir de la hipnosis y del método catártico de Breuer, y que, ya en su autoanálisis, la *Asociación Libre* fue de gran ayuda a Freud para llegar a comprender su problemática personal. Tanto, que no es exagerado decir que, experimentando en sí mismo, este insigne médico vienés llegó a descubrir, a través de la libre asociación, la importancia del fantasear para el conocimiento de los procesos psíquicos inconscientes.

Así pues, como ya mencionamos con anterioridad, la transición de la coerción asociativa a la asociación libre se realizó a la luz de experiencias que Freud tuvo en la práctica clínica y que lo llevaron a reconocer las “*resistencias*” y las “*transferencias*” como características constitutivas de las disposiciones inconscientes de los pacientes. Lo que para la hipnosis había permanecido oculto, y con ello inaccesible para el trabajo terapéutico, llegó a entenderse como fundamental a partir de la introducción de la libre asociación. Con esto estamos aludiendo a la íntima interdependencia e interrelación existente entre contenido y método en el psicoanálisis o, lo que es lo mismo, a las fructíferas consecuencias que habría de tener la asociación libre en las posteriores reflexiones teóricas de Freud.

➤ **La actitud terapéutica de atención flotante.**

La primera tarea que encuentra ante sí el analista que ha de tratar más de un paciente al día es la de retener en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, asociaciones y manifestaciones patológicas que el enfermo va produciendo en el curso de un tratamiento, que puede durar

meses enteros y hasta años, sin confundir este material con el suministrado por otros pacientes. Cuando se tiene que analizar diariamente a seis o siete enfermos, el rendimiento mnémico del terapeuta no puede dejar de resentirse al final de la jornada. Sin embargo, Freud propone una técnica *“muy sencilla que rechaza todo medio auxiliar, incluso, la mera anotación”*: no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual <<atención flotante>>.

Al seguir esta regla, el analista permanece abierto a todas las asociaciones del paciente, dejándole plena libertad para el despliegue de sus ideas y fantasías. Lo más importante de todo es que el analista no se deje influenciar por sus experiencias clínicas anteriores, por sus propios conocimientos teóricos y técnicos, sino todo lo contrario, ha de ver cada paciente como algo único e incomparable, dejándose llevar, en todo caso, por su intuición, por su ecuanimidad y por la pretensión de oír e informarse de algo nuevo. Con objeto de no dificultar el acceso hacia lo olvidado, lo silenciado y lo omitido por el paciente, el terapeuta ha de evitar en lo posible hacer comparaciones. La atención flotante debe recordar al analista que cada caso puede desarrollarse en forma diferente a lo esperado por la teoría general y por el limitado bagaje de las propias experiencias personales.

Por otra parte, al escuchar pasivamente, el analista trata de dejarse impresionar por todo de la misma forma y, permaneciendo igualmente atento, evita la selección arbitraria del material que el paciente le está comunicando. Es un proceso en el que el terapeuta comienza a descubrir sus propias limitaciones, limitaciones que se dan en dos niveles: por un lado, la atención flotante es perturbada por la propia contratransferencia (respuestas emocionales en la situación analítica) del terapeuta; por otro, tal y como sucede habitualmente con los prejuicios personales, el principio de acogerlo todo con igual atención se ve alterado por la tendencia a seleccionar, sin quererlo, el material que el paciente nos ofrece. Cuando al analista se le ocurre una determinada interpretación, ya ha realizado previamente una selección, más o menos voluntaria, entre las diferentes posibilidades habidas.

Así pues, de estas reflexiones deducimos que la regla de la atención flotante implica siempre una exigencia difícil de cumplir: la revisión autocrítica de nuestra actitud hacia un paciente determinado, en un momento determinado, así como también la exigencia de una constante confrontación con los problemas generales y específicos de la técnica y de la teoría psicoanalítica. Somos de la misma opinión de Freud de que siempre estamos introduciendo alguna idea en nuestra observación, y que, en esta medida, siempre escuchamos activamente. Por este motivo es prácticamente imposible prestar la misma atención a todo lo que dice el paciente, algo que, por lo demás, tampoco se hace en la intervención clínica. Pero, lo que sí es posible y también necesario, es fundamentar nuestras ideas y sus motivaciones subyacentes, frente a nosotros mismos y frente a la comunidad científica, así como corregir cualquier tipo de prejuicio que pueda vislumbrarse en nuestras observaciones.

La atención flotante, en el mejor de los sentidos, nos ayuda a tomar en serio cada detalle del punto de vista del paciente sobre su problemática y su

situación. Seguimos las explicaciones que el paciente nos da para tratar de comprender sus angustias e inhibiciones, y así, poco a poco, nos vamos adentrando sin reservas en su mundo interno. ¿Cómo podríamos, si no, entenderlo? Escuchamos los tonos bajos, sondeamos las emociones y registramos las interrupciones. Ahí donde el paciente se enfrenta a un enigma, ahí donde le son incomprensibles sus síntomas, ahí es precisamente donde el analista debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva, ahí es donde debe abandonarse por completo a su *memoria inconsciente*. O en términos puramente técnicos: ahí es donde debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras.

➤ **La regla de la abstinencia.**

En psicoanálisis, la abstinencia se presenta bajo dos aspectos: como regla, impone limitaciones específicas a la satisfacción de los deseos del paciente; y, como recomendación de neutralidad analítica, exige diversas restricciones al terapeuta. Laplanche y Pontalis, en su Diccionario de Psicoanálisis, definen la regla de la abstinencia como *“aquel principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas para sus síntomas”* (1987, p. 3). Para el analista, tal principio implica el firme compromiso de no dar satisfacción a las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a asignarle. Para el paciente, en cambio, esta regla se concreta en determinadas consignas relativas a los comportamientos que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

Desde esta perspectiva, el precepto de la abstinencia se nos presenta abiertamente como una de las *“reglas del juego”*, es decir, como una de las máximas que garantizan y legitiman la continuación del análisis. Según J. Cremerius (1984), la primera vez que Freud necesitó recurrir a esta regla, fue a causa de los problemas que encontró en el tratamiento de las mujeres histéricas. Los deseos de relaciones amorosas por parte de este tipo de pacientes, amenazaban gravemente la relación profesional y ponían en un serio compromiso al terapeuta: *“Las relaciones amorosas ponen, en efecto, un término a toda posibilidad de influjo por medio del tratamiento psicoanalítico. La reunión de ambas cosas es algo imposible”* (1915, O.C. p. 1693).

No se trata, pues, de una cuestión de moralidad general, sino de una norma muy específica que se establece en el marco de la relación entre el analista y el paciente a modo de una regla de juego. Además, mientras que la ética médica urgiría el rechazo estricto de los sentimientos libidinosos del paciente, el psicoanálisis recomienda no perturbar su desarrollo y aprovecharlos para comprender y analizar mejor los impulsos desiderativos reprimidos. Por tanto, hemos de tener muy presente que los deseos eróticos o agresivos del paciente, no sólo en base a la ética médica sino también por razones de método, no deben en ningún caso ser satisfechos por el analista. Tal y como señala Freud:

“La cura analítica ha de desarrollarse, dentro de lo posible, en la abstinencia. No podemos entrar a determinar aquí los límites de semejante posibilidad, a cuya fijación habremos de dedicar un estudio detallado. Pero sí quiero hacer constar que el concepto de abstinencia no supone la ausencia de toda satisfacción –cosa, naturalmente, imposible- ni ha de interpretarse tampoco en su sentido vulgar de abstención del comercio sexual, sino que entraña un significado distinto, mucho más estrechamente enlazado a la dinámica de la adquisición de la enfermedad y de su curación” (1919, O. C. p. 2459).

Así pues, podemos entrever que la satisfacción de las pretensiones amorosas y/o agresivas del paciente puede ser tan fatal para el análisis como lo es su represión. Por eso, acostumbramos a decir que la actitud que debe adoptar el analista a lo largo de todo el proceso terapéutico ha de ser completamente diferente a la que se supone que ha de regir en cualquier otro tipo de relación, y que, por fuerza, esta *inexplicable* actitud ha de carecer de antecedentes en la vida real. Por un lado, el analista se esfuerza en no desviar al paciente de su transferencia amorosa o agresiva, ni tampoco trata de disuadirle de ella, pero, al mismo tiempo, y también con igual firmeza, le niega cualquier tipo de correspondencia. De una u otra manera esta transferencia se acepta y se tolera, pero es tratada como algo irreal, como una situación por la que se ha de atravesar forzosamente, como una circunstancia que ha de ser referida a sus orígenes inconscientes y que ha de ayudarnos a llevar a la conciencia del paciente los elementos más ocultos de su existencia, sometiéndolos así a su dominio consciente.

5.2.- PRINCIPIOS MEDULARES DEL PROCESO PSICOANALÍTICO

El psicoanálisis es, al mismo tiempo, un cuerpo de conocimientos psicológicos acerca del funcionamiento de la mente humana y una técnica para la curación de las perturbaciones que afectan a la misma. Por ello, juzgamos conveniente llevar a cabo una exposición, aunque sea somera, de los principios psicoanalíticos fundamentales sobre los que descansa este original método terapéutico. A saber: la transferencia, la contratransferencia y las resistencias.

5.2.1.- La transferencia

La teoría de la transferencia es uno de los mayores aportes de Freud a la ciencia y es también el eje central del tratamiento psicoanalítico. Cuando se repasan los trabajos freudianos, desde que aparece este concepto hasta su total desarrollo, llama poderosamente la atención el breve lapso transcurrido en esta investigación: es como si la teoría de la transferencia hubiera nacido entera y de un solo golpe en la mente de Freud, aunque siempre se ha afirmado lo contrario, que la fue elaborando poco a poco.

A nuestro juicio, el fenómeno de la transferencia es fundamental para el psicoanálisis, tanto en lo que se refiere al conocimiento de los procesos psicológicos inconscientes como en lo que concierne al psicoanálisis como

técnica terapéutica, hasta el punto que puede decirse que el método psicoanalítico consiste en establecer una relación, entre analista y analizado, que permita el desarrollo y la interpretación de la transferencia. Ahora bien, la transferencia es un fenómeno universal, no únicamente propio de la situación analítica. Lo que la situación analítica consigue es favorecer al máximo su expresión y desarrollo en unas condiciones que, al liberarla de las distorsiones y modificaciones introducidas por las múltiples variables provenientes de la realidad externa que circunda al paciente, permiten su reconocimiento, su exploración e interpretación.

A causa de ello, es menester que el analista posea una idea clara acerca de la transferencia en su nivel teórico, a la par que la habilidad suficiente, adquirida a través del análisis personal, seminarios, supervisiones y experiencia práctica, para reconocerla y manejarla adecuadamente. Como todos los conceptos primordiales de la ciencia psicoanalítica, la transferencia requiere un estudio y un tratamiento tan profundo y detallado que difícilmente puede resumirse en un pequeño apartado como éste. Intentaremos, sin embargo, sintetizar los aspectos de mayor interés.

Exceptuando una breve mención en sus *Estudios sobre la histeria* (1895), la primera referencia al fenómeno de la transferencia la realizó Freud en su obra *Fragmento del análisis de un caso de histeria* (1905). En esta obra, el creador del psicoanálisis define la transferencia como una clase especial de estructura mental, fundamentalmente inconsciente. Ella es, dice, “*un tipo particular de formación del pensamiento las más de las veces inconscientes... reediciones, recreaciones de las emociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos de despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico*” (Cit. en Coderch, 1987, p. 105).

Posteriormente, Freud se refirió a la transferencia en varios de sus escritos. En concreto, las afirmaciones más importantes acerca de este tema se encuentran en *Dinámica de la transferencia* (1912), *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915), *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1917), y en *Análisis terminable e interminable* (1937). Tal vez sea en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* donde hallamos un resumen más sistemático de sus ideas sobre este singular fenómeno. En esta obra, Freud describe cómo la fase temprana del análisis se halla marcada por una gradual intensificación del interés del paciente en el tratamiento y en la persona del analista, intensificación que coincide con una frecuente mejoría sintomática; repentinamente, sin embargo, todo cambia, el interés del paciente decrece, su actitud se torna mucho más hostil y todo en él muestra una profunda resistencia al análisis. A su juicio, esta fase negativa de la transferencia hay que atribuir a la lucha contra la emergencia de diversos sentimientos eróticos de naturaleza muy primitiva, los cuales el paciente ha *transferido* sobre la persona del analista, sin que esta actuación se justifique ni por el comportamiento del mismo ni por las relaciones involucradas en el tratamiento.

En este mismo trabajo, Freud expresa su profunda convicción de que en las neurosis narcisistas (psicosis) los pacientes han subyugado la libido objetal, transformándose ésta en libido yoica, motivo por el cual estos enfermos son incapaces de desarrollar la neurosis de transferencia y, por tanto, de beneficiarse del tratamiento psicoanalítico. Afortunadamente, esta última afirmación no es sostenida hoy en día por la inmensa mayoría de los psicoanalistas, ya que son numerosos los investigadores que han mostrado la existencia de una transferencia, susceptible de reconocimiento e interpretación, en los enfermos psicóticos.

5.2.1.1.- Dinámica de la transferencia

En este apartado nos ocuparemos, fundamentalmente, del artículo *Sobre la dinámica de la transferencia*, una obra que Freud escribió en 1912 e incluyó entre sus trabajos técnicos. Sin embargo, tal y como señala Strachey en la *Introducción* al gran libro de Breuer y Freud *Estudios sobre la histeria* (1895), este artículo es en realidad un trabajo esencialmente teórico y de alto nivel teórico, un ensayo especulativo en el que el creador del psicoanálisis trata de dar respuesta a un importante problema que se le plantea al tratamiento psicoanalítico: explicar el origen y la función de la transferencia. Un problema que, lejos de haberse solucionado por completo en la actualidad, sigue suscitando fuertes discrepancias y frecuentes desacuerdos entre los analistas.

Por este motivo, y aun a riesgo de simplificar excesivamente la historia de la transferencia, creemos que vale la pena detenerse siquiera por un instante en la descripción del contexto en el que se produce el descubrimiento de este fenómeno tan ligado a la enfermedad neurótica. Como todos sabemos por Ernest Jones (1955), el tratamiento de Anna O. (Bertha Pappenheim), considerada como la primera paciente de la historia del psicoanálisis, tuvo lugar entre 1880 y 1882. A raíz de la muerte de su idolatrado padre, esta joven vienesa comenzó a sufrir crisis histéricas espectaculares, crisis que el doctor Josef Breuer comenzó a tratar aplicando una antigua y desprestigiada técnica: la sugestión hipnótica. Poco a poco, la frecuencia de las sesiones, el cálido clima de empatía y las conversaciones regulares (mantenidas a menudo bajo los efectos de la hipnosis), pasaron a adquirir una función terapéutica inesperada cuando uno de los síntomas de Anna desapareció completamente gracias a su evocación fortuita. La paciente tomó entonces la iniciativa de aplicar sistemáticamente este procedimiento en el curso de las siguientes sesiones, sesiones en las que la mejoría era cada vez más evidente. Este protocolo de conversación, oportunamente llamado por la propia Anna *“cura por la palabra”*, elevó una acción terapéutica original al rango de auténtica estrategia clínica, cuya aplicación fue generalizada con el nombre de método catártico, el cual prefiguró la elaboración de la terapéutica psicoanalítica.

Desgraciadamente, la implicación afectiva de Anna y Breuer durante el proceso terapéutico llegó a ser tan intensa y evidente que la situación familiar de este último llegó a ser verdaderamente insostenible, tanto, que el tratamiento tuvo que darse por terminado, tal y como señala Etchegoyen: *“con un intenso amor de transferencia y contratransferencia -y hasta de paratransferencia, podríamos*

decir, por los celos de la señora Breuer-" (1986, p. 93). Sin embargo, los tres protagonistas de este pequeño drama sentimental lo registraron como un episodio humano igual que cualquier otro. Incluso, cuando Breuer refirió a Freud este tratamiento a finales de 1882 e hizo mención al traumático desenlace, tampoco Freud estableció de momento una conexión entre el enamoramiento y la terapia. Cuando poco después se lo comentaba a Martha Bernays, entonces su novia, la tranquilizaba diciéndole que eso nunca le iba a pasar a él porque "*for that to happen one has to be a Breuer*" (Szasz, 1963, p. 439).

En este sentido, habremos de matizar que a comienzos de la década de los noventa, tal y como indica Jones (1955), Freud instó a su maestro Josef Breuer a comunicar conjuntamente los hallazgos sobre la histeria y observó que la reticencia de su colega y amigo a satisfacer tal petición se apoyaba en el episodio sentimental que había tenido lugar con su paciente Anna. Sólo a duras penas Freud pudo convencer a este encorsetado médico vienés para publicar sus experiencias, y si lo logró fue gracias a que fue capaz de persuadirle de que también a él le había pasado algo similar, por lo cual consideraba que el fenómeno del *enamoramiento* era algo inherente a la histeria.

Estos detalles nos permiten afirmar ahora que, en el lapso de algo más de diez años transcurridos desde que finalizó el tratamiento de Anna hasta la célebre *Comunicación preliminar de 1893*, Freud fue madurando las bases de su teoría de la transferencia. Precisamente, en las historias clínicas de los *Estudios sobre la histeria* (1895) se ven aparecer las primeras referencias a ese particular tipo de relación que se establece entre el analista y su paciente, comentarios que, en el caso de Elisabeth von R., resultan por demás esclarecedores. Creemos, pues, que es justo decir aquí que cuando Freud escribe *Sobre la psicoterapia de la histeria*, el capítulo IV de este valioso libro, la idea de la transferencia como una singular relación humana entre el médico y el enfermo a través de un falso enlace queda definida de forma categórica: el enfermo se atemoriza al ver que "*transfiere a la persona del médico representaciones displicentes emergidas durante el análisis, caso muy frecuente e incluso regular en ciertos análisis. La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una falsa conexión*" (1895, O.C. pp. 167).

Efectivamente, el razonamiento freudiano sobre la transferencia parte de una evaluación crítica sobre la validez y la eficacia del método de la coerción asociativa. En general, dice Freud en este capítulo, hay tres circunstancias en las que el procedimiento de la presión o concentración fracasa, tres situaciones que por su particular naturaleza y condición, lejos de desaconsejar el empleo de este tipo de técnica, no hacen sino validarla:

a.- La primera se da cuando no hay más material para analizar o interpretar en un área determinada y, como es obvio, mal se podría decir que fracasa la coerción asociativa donde no hay nada más que investigar.

b.- La segunda eventualidad, descrita por Freud con el nombre de "*resistencia interna*", es la más típica de este singular método y la que, precisamente, llevó a comprender la importancia que la lucha de tendencias tiene en la génesis de las manifestaciones neuróticas, es decir, el valor del conflicto en la vida mental. En estos casos, el analista tropieza con la

resistencia del paciente a proporcionar información sobre determinadas cuestiones, sucesos o recuerdos, resistencia que encuentra su justificación en el sufrimiento que la presencia en la conciencia de tales representaciones acarrearía al sujeto. Tratándose de esto último, Freud considera que el método sigue siendo perfectamente válido, ya que la coerción asociativa falla solamente en la medida en que tropieza con una resistencia; pero es precisamente por mediación de esa resistencia que se conseguirá llegar, por vía asociativa, al material que se busca.

c.- La tercera contingencia que marca el aparente fracaso del método de la coerción asociativa es la “*resistencia externa*”, un fenómeno cuya explicación debe buscarse en la particular relación del enfermo con su psicoterapeuta, de ahí que digamos que es externa, extrínseca, no inherente al material. Este caso se presenta cuando queda perturbada la relación del enfermo con el médico, y constituye el obstáculo más grave que puede oponerse a la labor terapéutica. Aquí Freud distingue tres casos: las ofensas, la dependencia y el falso enlace.

1) *Las ofensas*. Cuando el paciente considera que ha sufrido una ofensa por parte del médico, alguna injusticia, desatención o desinterés, o cuando ha escuchado algún comentario adverso sobre el terapeuta o su técnica, se entorpece su capacidad de colaborar. No importa que la ofensa haya sido real o simplemente sentida por el paciente, en ambos casos se erige un obstáculo frente a la coerción asociativa en cuanto trabajo entre el médico y el enfermo. Sin embargo, éste es el caso menos grave, y lo es porque el obstáculo queda vencido con sólo algunas explicaciones y aclaraciones mutuas, y en cuanto se aclara el punto de controversia, la colaboración se restablece y el proceso vuelve a funcionar con eficacia.

2) La segunda forma de resistencia externa proviene de un temor muy especial y revelador del paciente: la *dependencia*, un intenso e infundado miedo a perder la propia autonomía y quedar ligado con exceso al terapeuta que se convierte en un verdadero obstáculo para la terapia. En este caso, el paciente niega su colaboración al terapeuta para revelarse, para evitar caer en esa situación temida y peligrosa. No obstante, también aquí la aclaración de Freud es precisa y pertinente, en última instancia, dice, el análisis de ese temor ha de hacer que el análisis siga su curso.

3) El tercer tipo de resistencia extrínseca es el *falso enlace*, situación en la que el paciente adscribe al médico representaciones, generalmente displicentes, que emergen durante la tarea analítica. A esto le llama Freud transferencia, y señala que se lleva a cabo por medio de una conexión errónea, equivocada. Aún más, para justificar esta idea expone un ejemplo clínico tan convincente que vale la pena consignar en forma textual:

“En una de mis pacientes, el origen de cierto síntoma había sido el deseo, abrigado muchos años atrás y relegado en el acto al inconsciente, de que un hombre, con el cual sostenía en una ocasión un íntimo diálogo, la abrazase y le diera un beso. Al terminar una de las sesiones de tratamiento, surgió en la paciente mismo deseo referido a mi propia persona. Horrorizada, pasó la enferma una

noche de insomnio, y a la sesión siguiente, aunque no se negó al tratamiento, su estado hizo inútil toda labor... Una vez conocido este proceso, puede ya el médico atribuir toda referencia a su persona a tal transferencia por falsa conexión” (1895, O.C. p. 167).

Debe destacarse que Freud se da perfecta cuenta de que al remover el obstáculo, al vencer las resistencias, el deseo transferido que tanto había asustado a su paciente aparece acto seguido como el recuerdo patógeno más próximo, el que exigía el contexto lógico. Dicho de otro modo, en lugar de ser recordado, un deseo antiguo apareció asociado con el terapeuta en tiempo presente. Podemos concluir, pues, que la teoría de la transferencia es ubicada por Freud, ya en los *Estudios de la histeria* (1895), en la dialéctica del presente y el pasado, en el contexto de la repetición y la resistencia y que, por tanto, estos falsos enlaces constituyen un hecho regular y constante de la terapia.

Sólo sabiendo vencer las resistencias emergentes en los supuestos que hemos comentado es posible llevar a buen término un análisis. Un análisis en el que los falsos enlaces, si bien importan un incremento de la labor analítica, no imponen un trabajo extra. La labor para el paciente sigue siendo prácticamente la misma: vencer el desagrado de recordar que en cierto momento tuvo un determinado deseo.

5.2.1.2.- Características de la transferencia

La génesis de la transferencia ha de buscarse, sin duda, en ciertos modelos, estereotipos o clichés, que todos los seres humanos tenemos y que surgen como resultado de la disposición innata y de las experiencias de los primeros años. Son modelos de comportamiento, patrones de conducta, que se repiten constantemente en el curso de la vida, si bien pueden cambiar frente a nuevas experiencias. Ahora bien, como acertadamente señala Etchegoyen (1986), sólo una pequeña parte de los impulsos que alimentan estos estereotipos alcanza a tener un desarrollo psíquico completo: es la parte consciente, la que se dirige a la realidad y está a disposición de la persona. Otros impulsos, por el contrario, quedan detenidos en el curso del desarrollo, son apartados de la conciencia y de la realidad, impedidos de toda expansión fuera de la fantasía, son los que permanecen en el inconsciente.

Hay que detenerse, aunque sea por un momento, en este punto para señalar que Freud distingue en este sentido dos fenómenos que vienen del pasado: el que alcanzó un desarrollo psíquico completo y ha quedado a disposición de la conciencia (del yo, en términos de la segunda tópica), y el que queda apartado de la conciencia y de la realidad. Precisamente, es en esta reflexión freudiana en la se apoya la idea de que la transferencia es algo opuesto a la experiencia, una reflexión cuya explicación es harto sencilla: los estereotipos a los que estamos haciendo referencia se componen de dos clases de impulsos; los conscientes, que le sirven al yo para comprender la circunstancia presente con los modelos del pasado y dentro del *principio de realidad* (experiencia), y los inconscientes, que sometidos al *principio del placer*, toman el presente por pasado en busca de satisfacción, de descarga (transferencia). Así pues, desde esta perspectiva,

podemos concluir que los estereotipos de la conducta son siempre modelos del pasado en los que están presentes estos dos factores: experiencia y transferencia, y aunque Freud no establezca claramente esta diferencia, va de suyo que es necesaria si se quiere definir con precisión la transferencia.

Volvamos ahora a la exposición freudiana sobre la transferencia. Con lo dicho hasta el momento sobre esta reveladora manifestación, estamos ya en condiciones de poder señalar sus principales características. Comenzaremos diciendo que se trata de un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un falso enlace que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para el sujeto, hecho que, además de imprimir a la conducta del analizado un sello de extravagancia e irracionalidad, pone de manifiesto que el afecto no parece ajustado ni en cantidad ni en calidad a la situación real, actual.

En este sentido, puede leerse un acertado resumen de las ideas de Freud sobre la transferencia en las cinco clases que dio en 1909 en la Clark University de Massachussets. En su quinta conferencia habla de la transferencia, subraya su función de aliado en el proceso analítico y la define rigurosamente a partir de tres parámetros: realidad y fantasía, consciente e inconsciente, presente y pasado. La vida emocional que el paciente no puede recordar, concluye, es vivenciada en la sesión terapéutica en forma de transferencia, y allí es donde debe ser resuelta.

Desde esta perspectiva, pues, habremos de suponer que la transferencia es una peculiar relación de objeto de raíz infantil, de naturaleza inconsciente y, por tanto, irracional; una relación que confunde el pasado con el presente, lo que le da un carácter de respuesta desajustada y absurda. Esto quiere decir que los sentimientos, impulsos y deseos que aparecen en el momento actual y en relación con una determinada persona (objeto) no pueden explicarse en términos de realidad, y sólo son entendibles si se los refiere al pasado.

En resumen, debemos considerar que la transferencia es lo irracional, lo inconsciente, lo infantil de la conducta, que coexiste con lo racional, consciente y adulto en serie complementaria. Sin embargo, como terapeutas no debemos pensar que todo es transferencia sino descubrir la porción de ella que hay en todo acto mental. No todo es transferencia pero en todo hay transferencia, dice Etchegoyen (1986, p. 99), que no es lo mismo.

5.2.1.3.- Transferencia y resistencia

Otro problema importante que se le plantea a Freud cuando tiene que explicar la dinámica de la transferencia es ¿por qué este fenómeno, esencialmente erótico, se manifiesta durante el tratamiento como una resistencia? La explicación freudiana parte de que es condición necesaria para que surja la neurosis el proceso descrito por Jung como *introversión*, un proceso según el cual la libido capaz de conciencia y dirigida hacia la realidad disminuye, se hace inconsciente, se aleja de la realidad y alimenta las fantasías del sujeto,

reactivando las *imágenes* infantiles. Precisamente, el proceso patológico se constituye a partir de esta introversión (o regresión) de la libido, que reconoce dos factores de realización: a) la ausencia de satisfacción en el mundo real y actual, que inicia la introversión (conflicto actual y regresión), y b) la atracción de los complejos inconscientes o, mejor dicho, de los elementos inconscientes de estos complejos (conflicto infantil y fijación).

En cuanto al tratamiento psicoanalítico, éste consiste en seguir a la libido en el proceso regresivo para hacerla nuevamente accesible a la conciencia y ponerla al servicio de la realidad. De hecho, el analista se constituye en este procedimiento en el enemigo de las fuerzas de la regresión y de la represión que operan ahora como resistencia al recuerdo. Aquí la relación entre la resistencia y transferencia no puede ser más clara: las fuerzas que pusieron en marcha el proceso patológico, las fuerzas de la represión, apuntan ahora contra el analista en cuanto agente de cambio que quiere revertir el proceso. Esto ya lo había advertido Ferenczi (1909), al decir que los impulsos liberados por el tratamiento se dirigen al analista, que actúa como agente catalizador.

Por tanto, si lo que buscamos es recuperar el recuerdo patógeno, la transferencia va a operar como la mejor distorsión, de tal modo que, en la medida en que aumenta la resistencia al recuerdo, el analizado va a tratar de establecer una transferencia para evitar el tener que recordar. Ahora bien, si lo que consideramos es el deseo, la pulsión, entonces será al contrario. Porque siempre será mucho más difícil confesar un deseo presente, un deseo dirigido al interlocutor, que recordar aquello que se experimentó con otra persona en el pasado. El problema está vinculado, pues, a la antinomia entre el recuerdo y el deseo. Una antinomia, vale la pena señalarlo, que atraviesa, desde el comienzo hasta el fin, toda la praxis del análisis.

Como señala Racker (1952) en sus *Consideraciones sobre la teoría de la transferencia*, hay analistas que consideran la transferencia únicamente como una resistencia al recuerdo y hay otros que, por el contrario, creen que los recuerdos sirven únicamente para explicarla. Dicho de otro modo, hay analistas que utilizan la transferencia para recuperar el pasado y otros que recurren al pasado para explicar la transferencia. Esta antinomia, sin embargo, es inconsistente, porque la transferencia es a la vez el pasado y el presente, y cuando se resuelve se solucionan ambas cosas, y no solamente una.

5.2.1.4.- Tipos de transferencia

Para tratar de resolver el problema de por qué la transferencia se encuentra en el análisis al servicio de la resistencia, lo que no parece suceder en otro tipo de terapias, Freud no duda en clasificar la transferencia en positiva, cuando los sentimientos transferidos son de ternura, afecto y cariño, y negativa, cuando se trata de sentimientos hostilidad, rivalidad y aversión; al par que divide la primera en erótica y sublimada. En su opinión, sólo las transferencias negativa y positiva de impulsos eróticos actúan como resistencia en la terapia; y son estos dos componentes, sigue Freud, los que nosotros eliminamos haciéndolos conscientes. Mientras tanto, el tercer tipo de transferencia, la

transferencia positiva sublimada, persiste siempre y es en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, la clave del éxito terapéutico.

“Si la tesis de que las fuerzas motrices de la producción de síntomas neuróticos son de naturaleza sexual necesitara aún de más amplia prueba, la encontraría en el hecho de que en el curso del tratamiento analítico se establece una relación afectiva especial del paciente con el médico, la cual traspasa toda medida racional, varía desde el más cariñoso abandono a la hostilidad más tenaz y toma todas sus peculiaridades de actitudes eróticas anteriores, tornadas inconscientes, del paciente. Esta transferencia, que tanto en su forma positiva como en su forma negativa entra al servicio de la resistencia, se convierte, en manos del médico, en el medio auxiliar más poderoso del tratamiento y desempeña en el dinamismo del proceso de curación un papel de extrema importancia” (1923, O.C. p. 2669).

Desde esta perspectiva, pues, se puede afirmar que Freud acepta sin reparos que el psicoanálisis opera en última instancia por sugestión, si por sugestión se entiende la influencia de un ser humano sobre otro por medio de la transferencia. Aún más, tan convencido está de la importancia que esta influencia tiene en el proceso terapéutico que, ya en 1915, describió varios casos en los cuales el paciente se declaraba rendidamente enamorado de su analista y demandaba ser correspondido por éste, mostrándose, además, totalmente desinteresado por las interpretaciones que se le ofrecían, por los objetivos de comprensión de su inconsciente que se le planteaban y por la posible modificación de los síntomas que le impulsaron a buscar el tratamiento.

Dejando ahora de lado el apasionante problema teórico de la relación entre la transferencia y la sugestión, cabe decir también que la transferencia positiva de impulsos eróticos (sometimiento, seducción, atracción, etc.) que no se aborda con la psicoterapia, juega a favor de la curación, si por cura se entiende reprimir mejor los conflictos. Ahora bien, en cuanto este tipo de transferencia se analiza, en cuanto se pone en tela de juicio su legitimidad, se transforma repentinamente en resistencia, una resistencia que se opone a los esfuerzos del paciente y del analista por llegar al material reprimido. No hay, sin embargo, ninguna necesidad de explicar por qué la transferencia se pone al servicio de la resistencia en el análisis y no en los otros métodos terapéuticos, porque esto no es cierto; en todos los procedimientos terapéuticos surgen y se desarrollan fenómenos transferenciales, es sólo que en el análisis se les pone en evidencia. Como dice Freud en muchas ocasiones, el análisis no crea estos fenómenos; ellos están en la naturaleza humana, son la esencia de la enfermedad.

De todas formas, lo que sí resulta evidente e incuestionable en este asunto es que la metodología de trabajo propia de la situación analítica crea unas condiciones excepcionalmente favorables para el desarrollo y el estudio de la transferencia, unas condiciones de idoneidad que hacen del análisis una situación realmente original e irreplicable, un singular escenario que difiere del encuadre de las otras terapias, cuando menos, en dos aspectos

fundamentales: primero, porque facilita el desarrollo de una intensa reacción transferencial en el paciente; segundo, porque se trata de una situación en la que la transferencia puede ser estudiada y comprendida en su significado subyacente.

Por lo demás, y con la intención de dejar la cuestión lo más clara posible, habremos de recordar que al hablar de transferencia se quiere indicar que el paciente está reviviendo en la relación con su terapeuta algunas de las emociones e impulsos que, en el pasado, dirigió hacia sus objetos y que, en la actualidad, continúan existiendo en su mundo interno. De acuerdo con esta premisa, se habla de transferencia cuando se considera que cualquier acción o sentimiento del paciente que no se ajusta a la realidad de su relación con el terapeuta, es la expresión de las fantasías y pulsiones que anteriormente dirigió hacia los objetos de su niñez, fantasías que se reflejan ahora en la figura del terapeuta o en otras imágenes de su vida cotidiana.

En resumen, se puede decir que el analista debe hacer que el pasado y el presente se unan en la mente del analizado superando todas las represiones y disociaciones que tratan de separarlos. La curación consiste, justamente, en darle temporalidad al inconsciente, es decir, en redefinir un pasado y un presente. Como nos recuerda Horacio Etchegoyen, *“recuerdo, transferencia e historia son, en realidad, inseparables”* (1986, p. 107).

5.2.2.- La contratransferencia

El término contratransferencia ha sido revestido de distintos significados desde que fuera introducido por Freud en su artículo *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, el sugerente artículo del II Congreso Internacional de Nüremberg de 1910. Dice Freud en este artículo que el porvenir de la terapia psicoanalítica se apoya en tres factores: el progreso interno, el incremento de autoridad y la repercusión general de la labor de los analistas.

1) El progreso interno. Por progreso interno Freud entiende el avance de la teoría y de la técnica psicoanalítica. Aquí menciona dos fenómenos que, sin duda, han de contribuir a desarrollar los conocimientos del psicoanálisis y a incrementar el poder de su técnica: el simbolismo y la contratransferencia. En concreto, considera la contratransferencia como una innovación de la técnica que hace referencia a la persona misma del médico y considera justo definirla como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, resultado de la influencia del analizado sobre los sentimientos del médico.

2) El incremento de la autoridad. Freud considera que los éxitos terapéuticos del psicoanálisis, poco a poco, han de ir consiguiendo el respeto del público por esta excepcional técnica terapéutica. Sin embargo, también advierte que la sociedad no ha de apresurarse a conceder a los analistas ni su beneplácito ni su consideración, al contrario, ha de oponer siempre una enorme resistencia a este tipo de terapia, ya que, en su opinión, se ve sometida a una

severa crítica y es acusada “de tener gran parte de responsabilidad en la causación de las neurosis” (1910, O.C. p. 1568).

3) La repercusión de la labor del analista. Aquí Freud nos recuerda que tampoco es posible situarnos ante la vida como fanáticos higienistas o vehementes terapeutas. En cierto modo, las neurosis poseen su función biológica como dispositivos protectores, y su justificación social, su *ventaja*, no es siempre puramente subjetiva. Así pues, el éxito que la terapia pueda obtener en el individuo habrá que obtenerlo igualmente en la colectividad, y si el psicoanálisis es capaz de influir en el medio social y cultural, también será capaz de intervenir en su propio progreso.

Así pues, al hablar del indispensable progreso interno de la teoría y de la técnica psicoanalíticas, Freud introduce el concepto de contratransferencia para referirse a *algo* que surge en el terapeuta como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes, y advierte acerca de la necesidad de que el analista reconozca y supere estos sentimientos. Hasta tal punto está convencido de que es necesaria esta advertencia, que no duda en afirmar que quienes no son capaces de controlar su contratransferencia no pueden tratar a sus pacientes con el método psicoanalítico.

En cualquier caso, lo cierto es que, en un primer momento, Freud vio este fenómeno como un peligroso e indeseable parásito que podía interferir nocivamente en la relación analista-analizado y que debía ser “superado” para que no hiriera de muerte el tratamiento. De hecho, siempre se ha dicho que Freud consideró la contratransferencia tan sólo como un obstáculo que tiene que ser removido, como un impedimento cuyo vencimiento es indispensable para el desarrollo del análisis. Tal vez por este motivo, y a pesar de que más tarde el propio Freud modificó esta idea e implícitamente reconoció la utilidad de la contratransferencia para llegar a un más cabal conocimiento de la situación mental del paciente y de su relación neurótica con el analista, son numerosos los autores que, de una u otra forma, continúan contemplando la contratransferencia como un fenómeno indeseable, producto de los conflictos emocionales insuficientemente analizados y/o no resueltos del terapeuta, y siguen pensando que lo único que importa de ella es reconocerla a fin de impedir que perturbe la correcta actuación del analista. Ahora bien, si Freud introdujo este término pensando en el *porvenir* era porque suponía que el conocimiento de la contratransferencia estaba ligado, sin duda, al futuro del psicoanálisis. Se puede sostener, pues, que Freud presumía que la comprensión de este fenómeno significaría un gran progreso para la técnica psicoanalítica.

Sin embargo, y a pesar de esta acreditada presunción, Freud propuso en 1910 que la superación de la contratransferencia se logra gracias al autoanálisis y, fuera de alguna referencia esporádica, no volvió a mencionar el tema, es más, nunca elaboró una teoría de la contratransferencia, quedando esta de lado hasta que a mediados de siglo se la vuelve a estudiar desde estas tres curiosas perspectivas: la transferencia es un (grave) obstáculo, un (útil) instrumento y, a la vez, el campo de operaciones que hace posible que el paciente realmente cambie.

En la conferencia nº 27 de *Introducción al psicoanálisis* (1916-17), que trata de la transferencia, Freud expone nítidamente esta idea. La transferencia no sólo es obstáculo e instrumento de la cura sino que tiene, además, la cualidad de dar un destino diferente a la antigua relación de objeto que tiende a repetirse. Sobre la base de este triple modelo freudiano, Racker afirma que también la contratransferencia opera de tres formas: como *obstáculo* que dificulta el desarrollo del análisis (peligro de escotomas o puntos ciegos), como *instrumento* para detectar qué es lo que está pasando en el paciente y como *<campo>* en el que el analizado puede realmente adquirir una experiencia viva y distinta de la que tuvo originariamente. En palabras de Etchegoyen:

“Si se comprenden los tres factores estudiados por Racker, se puede reformular la teoría de la contratransferencia, como correlato de la transferencia, diciendo que el analista es no sólo el intérprete sino también el objeto de la transferencia. Esto es obvio, pero a veces lo olvidamos. La idea de la intuición, por ejemplo, se refiere a un analista intérprete; pero cuando el analista es sólo eso no participa del proceso, no lo padece, no tiene pasión; y justamente, sin embargo, tal vez lo más valioso de la tarea del analista es que siendo el objeto pueda ser el intérprete, ese es su mérito” (1986, p. 243).

5.2.2.1.- Tipos de contratransferencia

De suma importancia nos parece también la distinción que Racker realiza entre contratransferencia concordante y complementaria. Para comprender tal distinción, es menester tener en cuenta que el terapeuta para entender tiene que identificarse con el paciente, o, dicho de otra manera, cada parte de su personalidad ha de identificarse con la correspondiente del enfermo. Así las cosas, decimos que la contratransferencia es **concordante** cuando el analista identifica su *yo* con el *yo* del analizado, y lo mismo para las otras partes de la personalidad, *ello* y *superyo*. En otros casos, cuando el *yo* del analista se identifica con los objetos internos del analizado, cuando el propio analista prácticamente se transforma en uno de estos objetos internos, hablamos de contratransferencia **complementaria**, siguiendo la nomenclatura de H. Deutsch (1926) para las identificaciones.

Queda claro, pues, que las identificaciones concordantes son por lo general empáticas y expresan la comprensión y la implicación del analista, su contratransferencia positiva sublimada. En cambio, la contratransferencia complementaria, continúa Racker, implica un monto mayor de conflicto sin resolver. En la medida en que el analista fracasa en la identificación concordante se intensifica la complementaria. Señala este autor, asimismo, que el uso corriente del término contratransferencia se refiere a las identificaciones complementarias y no a las otras, si bien considera que no deben separarse, ya que, en ambos casos, están en juego los procesos inconscientes del analista y su pasado.

En este sentido, P. Bofill y P. Folch (1962) creen pertinente diferenciar entre: a) la contratransferencia como respuesta del terapeuta a la transferencia del paciente; y b) la contratransferencia como respuesta global del analista al analizado, declarándose decididamente partidarios de esta última forma de entender el fenómeno contratransferencial. Una actitud a la que J. Coderch se adhiere por completo transcribiendo en su *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* algunas de las ideas fundamentales de estos autores sobre la cuestión:

"La contratransferencia se extiende, por tanto, a toda respuesta del analista hacia su paciente, ya sea que tal respuesta sea provocada por las actitudes transferenciales del paciente, ya lo sea por toda su realidad y comportamiento; la forma de aprehender estas actitudes y esta realidad dependerá de la personalidad del analista, de su pasado, de sus residuos potenciales de transferencia y de su situación dinámica y económica en cada momento preciso de su relación con el paciente" (1987, p. 125-126).

Tal vez lo dicho hasta el momento, con afán didáctico y sintetizador, podría hacernos olvidar que lo que se repite en la transferencia no es un yo infantil, un objeto arcaico o unas necesidades no satisfechas, sino que lo que en realidad se repite es una relación que en su momento fue reprimida y que ahora se presenta de nuevo, aunque visiblemente distorsionada por las defensas, en la sesión terapéutica. Precisamente, es esta relación reprimida la que el paciente actualiza y presenta al terapeuta en el análisis, una presentación cargada de sentimientos, tensiones y conflictos que el analista no puede dejar de sentir en sí mismo, una presentación que exige una respuesta técnica oportuna e inmediata.

5.2.2.2.- Contratransferencia y proceso psicoanalítico

Uno de los temas que siempre surge al estudiar la contratransferencia es en qué medida el proceso terapéutico depende del paciente, esto es, de la transferencia, y en qué medida de otros factores. Este problema se ha discutido muchas, muchísimas veces, y nosotros lo vamos a estudiar a continuación a partir de una clasificación ya clásica, aquella que distingue la existencia de dos tipos de contratransferencia, la directa y la indirecta.

La diferencia entre contratransferencia directa e indirecta la propuso Racker en sus primeros trabajos sobre el tema, concretamente en el quinto de sus estudios, *La neurosis de contratransferencia*, que leyó en 1948. En este trabajo, Racker señala que, cuando el objeto que moviliza la contratransferencia del analista no es el analizado mismo sino otras personas, hay que hablar de contratransferencia **indirecta**. La que proviene del paciente, en cambio, es la que hemos de considerar como contratransferencia **directa**. Un ejemplo típico de contratransferencia indirecta es el caso de aquel analista didáctico, más pendiente de su primer candidato por lo que pueda decir u opinar la Asociación que por la gravedad de sus dolencias. Otro ejemplo puede ser el de aquel candidato, más preocupado en su primer caso por lo que pueda

decir el Instituto, su supervisor o su analista didáctico que por la dificultad del mismo. Por lo demás, tampoco se nos escapa hasta qué punto gravitan sobre nuestra contratransferencia aquellos pacientes que, por algún motivo, despiertan el interés de amigos, colegas o de la sociedad en general. Es esta una circunstancia tan evidente que, como sostiene Horacio Etchegoyen, “*muchas veces crea una incompatibilidad para el análisis desde el punto de vista del encuadre*” (1986, p. 259).

Sea como fuere, lo cierto es que si el terapeuta no es plenamente consciente de lo que está ocurriendo, comunicará, de una u otra manera, estos sentimientos al paciente, lo cual conlleva un progresivo oscurecimiento y deterioro de la situación. La única manera de romper esta falsa relación conducente a la degradación del proceso terapéutico estriba en la posibilidad de que el terapeuta, silenciosa y contenidamente dice Coderch (1987), pueda analizar sus propias reacciones ante la dificultad de comprender, disminuya sus perturbaciones gracias a este análisis, perciba qué elementos del paciente han causado tales reacciones y pueda comunicar al paciente el *insight* así adquirido. Por eso, precisamente, nos parece tan importante clarificar cuándo y por qué aparece el fenómeno de la contratransferencia y cómo se puede controlar antes de que pueda perturbar el curso del análisis.

En este sentido, Gitelson (1952) cree necesario distinguir dos posiciones diferentes del analista en la situación analítica. A veces, dice este autor, el analista reacciona frente al paciente como persona (totalidad) dejándose llevar por sus propios sentimientos y esta actuación constituye un error técnico que lo descalifica para tratar ese caso. Otras veces, continúa Gitelson, la reacción del analista es causada por aspectos parciales del paciente, aspectos como pueden ser la transferencia, el material que aporta a la sesión terapéutica o su actitud hacia el terapeuta como persona.

a) Reacciones al paciente como totalidad. En algunos casos la neutralidad y la empatía que debe tener el terapeuta se pierden como consecuencia directa de la reactivación de un potencial neurótico transferencial en su persona, una reactivación que es producida tanto por las características personales del paciente como por la problemática particular del analista. Aquí, según afirma Gitelson, no se puede hablar de contratransferencia, al contrario, estas reacciones totales frente a un determinado tipo de pacientes o a un paciente en particular deben ser consideradas como transferencias del analista, transferencias que aparecen siempre precozmente en el análisis.

b) Reacciones a aspectos parciales del paciente. Gitelson utiliza esta terminología para referirse a todas aquellas reacciones del analista a la transferencia del paciente, a su material o a la actitud que mantiene respecto al terapeuta como persona. Son actuaciones mucho más tardías que las reacciones al paciente como totalidad, actuaciones que, además, surgen en el contexto de una situación analítica ya establecida. Estas reacciones a aspectos parciales, precisamente, son las que Maxwell Gitelson considera en sentido estricto contratransferencia.

Como puede apreciarse, la clasificación de Gitelson intenta deslindar dos áreas en la posición emocional del analista, restringiendo sólo para una de ellas el término de contratransferencia. Aún más, la contratransferencia del analista así descrita y delimitada demuestra que siempre existen áreas que no han sido suficientemente analizadas; pero, en cuanto que este problema puede ser resuelto, ni descalifica al analista ni hace imposible la continuidad del análisis, únicamente demuestra que nadie está perfectamente analizado y que por eso mismo el análisis es interminable.

En resumen, aunque la presencia de la contratransferencia como un factor verdaderamente importante del proceso analítico siempre ha estado presente en la mente de los analistas, es incuestionable que sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX la contratransferencia se ha organizado en un cuerpo de doctrina completo. A partir de ese momento, la comprensión de este fenómeno nos hace más responsables de nuestra labor terapéutica y destruye con argumentos valederos la idea de que un analista puede mantenerse incontaminado al margen del proceso. Como afirma M. Little (1951), el analista impersonal es simplemente un mito.

Contratransferencia

- 1) Los sentimientos inconscientes del analista hacia su paciente.
- 2) Los elementos reprimidos e insuficientemente analizados del terapeuta, que son proyectados *transferencialmente* en el paciente.
- 3) Algunas actitudes o mecanismos específicos con los cuales el analista hace frente a la transferencia del paciente.
- 4) La totalidad de las actitudes del analista hacia su paciente.

5.2.2.3.- Comunicación de la contratransferencia

Uno de los temas que siempre surge al estudiar la contratransferencia y que quizás sea el más apropiado para poner el punto final a este apartado es el de la comunicación de la contratransferencia. En general, analistas piensan que no hay que comunicar al paciente la contratransferencia, que la existencia de la contratransferencia no tiene por qué cambiar la actitud de reserva que es propia del análisis. Además, consideran que el encuadre únicamente exige que se hable del paciente, y aunque esto no implique que el analista haya de negar sus errores o tenga que ocultar sus conflictos al analizado, tampoco quiere decir que sea necesario explicitarlos. Nadie, ni siquiera los autores que más decididamente abogan por la franqueza y sinceridad del analista, creen necesario explicar al paciente las causas de los errores o las fuentes de los conflictos del terapeuta, porque eso equivale a cargarlo con algo que no le corresponde.

Como puede apreciarse, el camino hacia la integración y la comprensión del fenómeno de la contratransferencia parece estar lleno de obstáculos, malentendidos e incógnitas. Al parecer, y a pesar de la gran cantidad de

trabajos surgidos sobre este tema a partir de la segunda mitad del siglo XX, la función y la utilidad de la contratransferencia aún continúan siendo objeto de profundos debates y de enormes controversias. La idea de que la contratransferencia pueda ser utilizada como un instrumento, muy útil además, en el proceso analítico es algo que todavía despierta dudas y provoca recelos entre los propios psicoanalistas. Sin embargo, y esta puede ser nuestra pequeña aportación al tema, nosotros pensamos que gran parte de estas dudas pueden estar motivadas por las confusas ideas que respecto a la importancia y a la utilidad de este fenómeno se han podido generar.

Al parecer, la idea inicial de Freud de considerar la contratransferencia como un peligroso obstáculo para el trabajo del terapeuta aún continúa teniendo seguidores. Es más, son numerosos los autores que, de una u otra forma, siguen considerando estas reacciones del analista como un fenómeno indeseable, como un problema técnico, como si de lo que se tratase fuera de comunicar al paciente los sentimientos y fantasías que su actuación provoca en el terapeuta. Pues bien, esta consideración es un error técnico muy grave y de nefastas consecuencias para el tratamiento. El terapeuta debe utilizar sus sentimientos contratransferenciales para captar mejor aquello que el paciente le está comunicando, o aquello que le está intentando comunicar. Pero al paciente lo único que le importa es la explicación acerca de su funcionamiento mental, sin que necesite, para nada, enterarse de lo que le está ocurriendo al terapeuta.

Las informaciones en este sentido sólo sirven para gratificar el narcisismo del analista, cargan al paciente con una responsabilidad abrumadora que no le corresponde y, al tiempo, hacen saltar en pedazos la relación objetiva y neutral que exige este tipo de tratamiento. Además, tal y como advierte Coderch (1987), estas informaciones fomentan en el paciente, según su particular patología, todo tipo de ansiedades paranoides, sentimientos de omnipotencia, gratificaciones narcisistas, idealizaciones de la relación y temores de represalia. Así las cosas, y siguiendo las indicaciones de P. Heimann y de H. Racker, podemos concluir este apartado diciendo que la contratransferencia ha de ser aceptada no sólo como un ingrediente forzoso del proceso analítico sino también como un instrumento de comprensión que puede ser muy útil al analista en su trabajo.

5.2.3.- Las Resistencias

El concepto clínico de resistencia es un elemento de suma importancia en la aparición y estructuración de la terapia psicoanalítica. Así lo reconoce y considera el propio Freud en los párrafos iniciales del conocido capítulo cuarto de su *Autobiografía*, un capítulo en el que, al establecer y detallar las premisas fundamentales de la teoría psicoanalítica, no duda en situar en primer lugar a la teoría de la resistencia:

“Las teorías de la resistencia y de la represión de lo inconsciente, de la significación etiológica de la vida sexual y de la importancia de

los sucesos infantiles son los elementos principales del edificio teórico psicoanalítico” (1925, O.C. p. 2780).

Cabe decir, además, que Freud introduce este concepto en sus reflexiones teóricas muy pronto, concretamente tras abandonar la hipnosis y considerar que era mucho más provechoso pedir al enfermo, en ese momento acostado sobre el diván pero en estado de vigilia, que tratara de recordar aquellos sucesos que supuestamente tenían algo que ver con el origen de su trastorno. Precisamente, la tremenda dificultad que el paciente encontraba para atraer a la conciencia tales recuerdos puso de manifiesto un juego de fuerzas que la hipnosis había encubierto hasta entonces: la voluntad de recordar, por un lado, y la tendencia a olvidar, por otro. Cuando el enfermo dejaba de hablar, cuando rompía la línea de asociaciones, cuando se bloqueaba o cambiaba de argumentación, era prueba inequívoca de que el tema que se estaba tocando en la sesión terapéutica despertaba recuerdos dolorosos en él y que, por ese motivo, se resistía a recordar. Freud, entonces, ejercía una ligera presión con la mano sobre la frente del paciente tratando de vencer la resistencia psíquica que obstaculizaba el recuerdo del acontecimiento patógeno olvidado.

Así pues, tal y como señala Coderch (1987), el concepto *resistencia* hace referencia a todas aquellas fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, o sea, que todo lo que perturba la prosecución del trabajo analítico impidiendo el descubrimiento del inconsciente del analizado puede y debe ser considerado como una resistencia. Esto quiere decir que las resistencias no sólo operan contra los intentos del analista por dar a conocer al paciente aquello que está ocurriendo en su mente, sino también contra los propios deseos del enfermo, que ha acudido voluntariamente al tratamiento y aspira obtener un beneficio del mismo, para lo cual se esfuerza en asociar, recordar y comprender todo lo que el terapeuta le explica. Podemos argumentar, por tanto, que tras el fenómeno de la resistencia se oculta en realidad un conflicto psíquico, una lucha de fuerzas, una situación de antagonismo donde unas tendencias del paciente luchan contra otras.

Como se deduce de los historiales clínicos presentados en los *Estudios sobre la histeria* (1895) y de la correspondencia con Fliess, desde los inicios mismos del psicoanálisis, el proceso psicoanalítico aparece como una lucha contra las resistencias y en eso, justamente, se distingue de los otros tipos de psicoterapia. De hecho, en una carta fechada el 27 de octubre de 1897, puede leerse: *“La resistencia, que en última instancia, es lo que se opone a la labor terapéutica, no es otra cosa sino el carácter que otrora tuvo el niño, su carácter degenerativo...”* (1950, O.C. p. 3586). Como recuerdan Laplanche y Pontalis (1987), todo el progreso de la terapia psicoanalítica ha consistido realmente en lograr un conocimiento mucho más profundo del fenómeno de la resistencia, es decir, del hecho clínico de que no basta con comunicar a los pacientes el sentido de sus síntomas para que desaparezca la represión. Además, por todos es sabido que la interpretación de la resistencia y de la transferencia, íntimamente relacionada con el empleo del método de la libre asociación, es una de las características esenciales de la técnica psicoanalítica.

Esta afirmación, legítima a todas luces, no resulta nada difícil de mantener y de comprobar. En *La interpretación de los sueños* (1900), Freud analiza y desarrolla ampliamente el concepto de resistencia, considerando que esta típica manifestación del paciente es un mecanismo equivalente a la censura que actúa en los sueños. Poco después, en el estudio del *Fragmento del análisis de un caso de histeria* (1905), puso de manifiesto las íntimas relaciones existentes entre la transferencia y la resistencia, describiendo cómo esta última puede expresarse a través de la transferencia. En *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912), estudió el fenómeno de la regresión en el curso del tratamiento, llegándolo a considerar como uno de los factores fundamentales en la aparición de las resistencias. Consideró, asimismo, que las asociaciones que produce el paciente en el transcurso de la sesión terapéutica son una especie de solución de compromiso entre los contenidos mentales reprimidos que luchan por expresarse y aparecer en la conciencia y las fuerzas de la resistencia que se oponen a ello, idea clave para entender cómo se va a desarrollar el proceso terapéutico.

En *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), Freud señaló por primera vez la existencia de la compulsión de repetición, un impulso persistente de carácter irresistible que lleva al paciente a repetir en vez de recordar, un impulso que se halla en el origen mismo de la transferencia, ya que, precisamente, lo que hace el paciente es actuar en lugar de esforzarse en recordar. Por último, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), el creador del psicoanálisis lleva a cabo una clasificación minuciosa y pormenorizada de las resistencias atendiendo fundamentalmente a su fuente de origen. De acuerdo con este criterio, describe cinco tipos diferentes de resistencia: la resistencia de represión, la resistencia de transferencia, la ganancia secundaria, la resistencia del *super-yo* y la resistencia del *ello*, resistencias a las que nos referiremos un poco más adelante.

Por nuestra parte, pensamos que en este breve bosquejo histórico que acabamos de exponer es casi obligada la referencia al libro de A. Freud *El yo y los mecanismos de defensa* (1936). En este libro, la autora estudia los diversos mecanismos de defensa que un individuo puede poner en marcha ante las vicisitudes de la vida y los vincula con las resistencias que aparecen en el curso del análisis, poniendo de relieve cómo las resistencias no sólo se oponen al descubrimiento del inconsciente, sino que al mismo tiempo son, como ya había adelantado Freud, fuentes importantes de información acerca del inconsciente y del funcionamiento del *yo*.

Ahora bien, lo dicho hasta aquí no debe hacernos perder de vista que el intento de eliminar las resistencias que hasta ahora han ejercido, mal que bien, su función de dique contenedor de la tensión psíquica, puede generar estados de ansiedad y pánicos agudos o, en ocasiones, verdaderos derrumbes psicóticos. La contrapartida de este riesgo es que solo afrontándolo y venciendo las resistencias será posible liberar al paciente de los fantasmas internos que le atenazan y así ofrecerle la oportunidad de lograr un verdadero cambio en su estructura mental. En resumen, pues, podemos decir que en todo tratamiento de orientación psicoanalítica terapeuta y paciente luchan, en sus

distintos papeles, contra las resistencias que se oponen al esclarecimiento de la situación mental de éste último.

5.2.3.1.- Las resistencias y las defensas

En el contexto terapéutico psicoanalítico, los términos resistencia y defensa son utilizados muy a menudo como sinónimos. Sin embargo, aunque la relación existente entre ellos es tan incuestionable como evidente, lo cierto es que son dos fenómenos con una entidad propia bien diferenciada: los fenómenos de resistencia pueden ser observados, mientras que los procesos de defensa deben ser inferidos. Además, como apunta Leeuw (1965), el concepto de resistencia pertenece a la teoría de la técnica mientras que el concepto de defensa se relaciona con el modelo estructural del aparato psíquico.

Como punto de partida y, al mismo tiempo, principio general, se puede decir que las resistencias son básicamente una defensa contra el dolor. Una convicción que halla su razón de ser y su fundamento en el hecho, clínicamente probado, de que todo lo que se halla reprimido en el inconsciente lo está en virtud de ser conflictivo y problemático para el individuo. Por este motivo, todo intento de desvelar ese material y acercarlo a la conciencia es sentido como susceptible de provocar un sufrimiento intolerable, ante lo cual el yo pone en marcha todos sus recursos (mecanismos de defensa) para impedir dicho acceso. Precisamente, aquellos medios de que se vale el yo para lograr sus propósitos y anular no sólo los esfuerzos del analista sino también de la parte colaboradora y sana del paciente, constituyen lo que en psicoanálisis se denomina resistencias.

Así pues, en realidad, <<resistencia>> es un término que utilizamos para referirnos a las defensas cuando éstas se levantan contra el intento de hacer consciente lo inconsciente en el curso del proceso terapéutico. Por tanto, tal y como señala Greenson (1967), el concepto de resistencia es un concepto de trabajo, un concepto que hace referencia a todas las operaciones defensivas del aparato psíquico puestas en juego en la situación analítica. Las defensas, por su parte, habrán de ser entendidas y explicadas como todos aquellos procesos intrapsíquicos con los que el yo trata de protegerse del peligro del dolor mental, procesos todos ellos inconscientes y a cuya manifestación durante el tratamiento terapéutico la denominamos resistencias.

Como es natural, en cada paciente las resistencias tienden a manifestarse de una forma concreta y particular, tan concreta y particular que, prácticamente, supone una reproducción exacta de la actitud y del comportamiento habitual del sujeto frente a las múltiples y variadas exigencias de su vida cotidiana. De aquí la tremenda importancia que se ha de conceder a los rasgos de carácter, defensivos o reactivos, del paciente, verdadero punto de apoyo y bastión de las resistencias. Sin embargo, si el proceso analítico se desarrolla de manera adecuada y la alianza de trabajo se consolida, el paciente irá dándose cuenta de que las resistencias no son sino la expresión de una actitud de oposición a aquella parte de su personalidad que desea colaborar con el terapeuta en la investigación y comprensión de su propio inconsciente.

Así pues, como principio general, diremos que los rasgos caracterológicos que presenta el paciente en su quehacer cotidiano tienen una íntima y profunda relación con las resistencias que más tarde va a manifestar en el curso del tratamiento. Otra cosa es que el analizado llegue a darse cuenta de que los sentimientos, las actitudes y las dificultades de toda suerte que obstaculizan el desarrollo del análisis son, únicamente, diferentes formas de expresión de esa resistencia que él mismo opone a la revelación de lo que permanece oculto en su interior. En cualquier caso, conviene recordar que tales resistencias no sólo son inconscientes para el *yo*, sino que también son muy difíciles de abandonar. Tal y como plantea Freud en su extenso artículo de 1937 *Análisis terminable e interminable*, la terapia analítica supone una alianza del terapeuta con el *yo* del sujeto para dominar e integrar las partes incontroladas del *ello*. Empresa difícil a causa de las alteraciones que se producen en el *yo* en su empeño mediador ante la multitud de peligros que lo acechan, tanto internos como externos:

“Lo importante, es que los mecanismos dirigidos contra los peligros primitivos reaparecen en el tratamiento como resistencias contra la curación. De aquí resulta que el yo considera la curación como un nuevo peligro” (1937, O.C. p. 3354).

En este importante texto, además, Freud apunta lo que para él es la causa de las alteraciones que sufre el *yo* en su intento por ejercer de mediador entre las demandas internas del sujeto y las exigencias externas del medio: la utilización de los <<mecanismos de defensa>>. Unos mecanismos inconscientes gracias a los cuales el *yo* consigue dar respuesta a los peligros que le acechan, a costa, eso sí, de un enorme gasto dinámico y con el inconveniente de un proceso de fijación, por el que se convierten en modos regulares de reacción caracterológica. Por regla general, se puede decir que cuanto más primitivos son los mecanismos de defensa utilizados por el paciente, tanto más primitivo, virulento y peligroso es el conflicto psíquico que las resistencias tratan de mantener dissociado de la conciencia. Por el contrario, la utilización de mecanismos de defensa de aparición más tardía y más vinculados al proceso secundario (modo de funcionamiento del aparato psíquico que caracteriza al sistema preconsciente-consciente: pensamiento, atención, juicio, razonamiento, acción controlada, etc.) dan lugar a la aparición de resistencias que pueden ser más fácilmente reconocidas por el *yo* observador del paciente, siendo el material que encubren más susceptible de ser reconocido.

Finalmente, en mirada retrospectiva y ya para acabar con esta somera recapitulación de las relaciones entre defensa y resistencia, habremos de recordar que en el tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico hallamos siempre un mismo motivo para la resistencia y la defensa: evitar el dolor que sin duda produciría la irrupción en la conciencia de aquello que se halla reprimido en el inconsciente. Cualquier intento de desvelar este material y acercarlo a la conciencia suscita un *plus* de ansiedad que obliga al *yo* a reforzar las defensas, defensas que, en la situación terapéutica, se muestran como resistencias. Por tanto, aun cuando cualquier fenómeno psíquico puede ser utilizado como resistencia al descubrimiento del inconsciente en el curso

del tratamiento, en la base de esta operación defensiva, que tiene como finalidad evitar el dolor mental del contacto con lo que se hallaba disociado de la conciencia, se encuentra siempre, de una u otra manera, la actividad organizadora del yo. Así pues, podemos decir que el motivo inmediato y manifiesto de las resistencias, lo que desencadena su aparición, es la propia relación terapéutica, que tiende a facilitar el acceso a la conciencia del material sentido como peligroso y productor de ansiedad.

5.2.3.2.- Fuentes de las resistencias

La descripción de los diferentes fenómenos psíquicos que el paciente utiliza habitualmente como resistencias (lagunas mentales, bloqueos, ruptura de la línea de asociaciones, silencios, cambios de argumentación, etc.) posee un interés práctico evidente como punto de referencia y señal inequívoca de la existencia de las mismas. Sin embargo, nos dice muy poco acerca de su naturaleza, de su origen, de las fuerzas que en ellas intervienen y de las ansiedades que intentan mantener ocultas. Por este motivo, consideramos que para la comprensión intrínseca de las resistencias es del mayor interés el estudio que, sobre las fuentes de las mismas, Freud llevó a cabo en su artículo de 1926 *Inhibición, síntoma y angustia*.

Casi al final de este artículo, y en clara referencia a las distintas formas de resistencia, Freud no duda en diferenciar cinco tipos y fuentes de resistencia, tres de ellas íntimamente conectadas con el yo: la represión, la transferencia y el beneficio secundario de la enfermedad, y las otras dos relacionadas con el ello y el super-yo respectivamente:

“Profundizando más hallamos, en efecto, que se nos oponen cinco clases de resistencias, procedentes de tres distintos orígenes, esto es, del yo, del ello y del super-yo. Revelándose el yo como fuente de tres de tales resistencias diferenciables por formas distintas en su dinamismo... La cuarta clase de resistencia –la del ello- ha sido a la que como hemos visto anteriormente necesita de elaboración. La quinta –la del super-yo-, últimamente descubierta, es la más oscura, aunque no siempre la más débil, y parece provenir de la conciencia de culpa o necesidad de castigo. Esta resistencia desafía todo movimiento hacia el éxito y, por tanto, toda curación por medio del análisis” (1926, O.C. p. 2875).

Reconsiderando lo dicho hasta ahora y siguiendo las indicaciones de Coderch (1987), vamos a tratar seguidamente de precisar y aclarar las diferentes fuentes de resistencia señaladas por Freud en el primer apartado del apéndice de Inhibición, síntoma y angustia (1926).

a) Resistencia de represión. *Para comprender este tipo de resistencia es conveniente recordar que el término represión tiene dos significados en el lenguaje psicoanalítico. En el sentido estricto, es un mecanismo de defensa del yo por el cual determinados contenidos psíquicos son rechazados y mantenidos fuera de la conciencia. Precisamente, el mantenimiento en el*

inconsciente de todo aquello que resulta molesto, doloroso y/o desestructurante para el sujeto evita la satisfacción de la pulsión y, por tanto, el riesgo por ella provocado. Aun más, si el yo lleva a cabo la represión es porque siente que la satisfacción de una determinada pulsión puede acarrear al sujeto mucho más sufrimiento que el lógico malestar que, de hecho, provoca su frustración. En el sentido amplio, el término represión se utiliza como sinónimo de <<defensa>>, como auténtico e indiscutible prototipo de todos los procesos defensivos, al tiempo que es considerado como un factor absolutamente necesario para la formación de los síntomas.

En esta resistencia de represión encontramos las tres fases distintas de la represión que fueron descritas por Freud (1915, 1916-17). La primera de ellas es la fase de *“represión primaria”*, en la que los derivados psíquicos de las pulsiones son retenidos fuera de la conciencia. La segunda fase es la *“represión propiamente dicha”*, en la cual las fuerzas represoras expulsan de la conciencia determinados contenidos psíquicos que habían logrado penetrar en ella. La tercera fase corresponde al *“retorno de lo reprimido”*, una fase en la que la represión, tal y como indica Paolino (1981), no se lleva a cabo mediante el rechazo fuera de la conciencia de *algo* que resulta doloroso o desestructurante para el sujeto, sino a través de la distorsión y el enmascaramiento de ese *algo*, actuación que permite a ese *algo* permanecer en la conciencia sin ser reconocido, como ocurre en los sueños, los síntomas y los actos fallidos.

b) Resistencia de transferencia. Por sus fines y efectos es similar y de la misma naturaleza que la resistencia de represión, pero se distingue de ésta por ser específica del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica. Como indica el mismo Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), de la resistencia de la represión se distingue la resistencia de la transferencia, *“de la misma naturaleza, pero que hace en el análisis apariciones distintas y más claras, pues ha conseguido establecer una relación con la situación analítica o con la persona del analista, reanimando con ello una represión que sólo hubiera sido recordada”* (1926, O.C. p. 2875).

En este sentido, y dado que el paciente no hace sino repetir, en la figura del analista, aquellas vivencias que es incapaz de recordar, se podría decir que la transferencia es básicamente un producto de la resistencia. No hemos de olvidar que las falsas conexiones entre el pasado y el presente distorsionan y ocultan las vinculaciones reales y dificultan su comprensión, actuando, por tanto, como verdaderas resistencias. Además, la transferencia también da lugar a que el paciente esté más interesado en obtener una gratificación de sus necesidades y demandas infantiles en su relación con el analista que en investigar su inconsciente y recordar. De aquí que la regla de la abstinencia propuesta por Freud nos siga pareciendo acertada y oportuna: *“el terapeuta debe evitar satisfacer las demandas del paciente”*. De lo contrario, el enfermo se contentará con esta satisfacción sustitutiva y abandonará, por completo, el trabajo de investigación, utilizando la relación terapéutica únicamente para el cumplimiento de sus deseos infantiles.

c) **Ganancia secundaria.** La ganancia secundaria es, también, una resistencia del yo, pero su diferencia con las dos anteriores estriba en que surge como resultado de la asimilación de los síntomas de la enfermedad por parte del yo. Esto quiere decir que las satisfacciones, directas o indirectas, que el paciente obtiene de su enfermedad suponen para él una gratificación fundamentalmente narcisista. En palabras de Freud, el yo se comporta “*como si se guiase por la reflexión de que, una vez surgido el síntoma y siendo imposible suprimirlo, ha de ser lo mejor familiarizarse con la situación dada y sacar de ella el mejor partido posible*” (1926, O.C. p. 2840). Por tanto, podemos afirmar que la ganancia o beneficio secundario “*es una resistencia del yo, pero de naturaleza completamente distinta, la que parte de la ventaja de la enfermedad y se basa en la incorporación del síntoma al yo. Esta resistencia corresponde a la rebelión contra la renuncia a una satisfacción o un alivio*” (*Ibidem*, p. 2875).

A esta ganancia secundaria, vinculada a la satisfacción narcisista que obtiene el yo en el ejercicio de su función conciliadora entre la realidad externa, las pulsiones y el *super-yo*, debemos añadir también ciertos beneficios externos que el paciente puede haber obtenido de su situación clínica, como, por ejemplo, la disminución de su responsabilidad, el alivio del sentimiento de culpa, el incremento de la atención y condescendencia familiar, una mayor tolerancia por parte de quienes podrían juzgarle, etc., todo lo cual puede ser utilizado, asimismo, como resistencia frente a cualquier intento por modificar la situación en la que ahora se encuentra.

d) **Resistencia del *super-yo*.** Este tipo de resistencia surge normalmente del sentimiento de culpa y la consecuente necesidad de castigo, y se manifiesta en el análisis como una obstinada oposición a cualquier tipo de logro terapéutico, incluido el resultado feliz del tratamiento. En 1923, Freud la juzgó como la resistencia más difícil de vencer, la más refractaria; una tenaz resistencia que emana de la culpabilidad inconsciente y que se manifiesta como un paradójico empeoramiento del paciente en cualquier momento en el que, como resultado del trabajo analítico –una explicación conveniente, la asociación de un dato revelador, una interpretación acertada, una observación oportuna-, cabría esperar un avance importante en el tratamiento y una cierta mejoría en el paciente. Es lo que en psicoanálisis se denomina ***reacción terapéutica negativa***.

e) **Resistencia del *ello*.** Freud llegó a descubrir la existencia de este tipo de resistencia al percatarse de que, independientemente de que el trabajo analítico lograra vencer las resistencias del yo y del *super-yo*, el paciente continuaba sin adquirir el conocimiento de aquello que previamente había sido rechazado fuera de la conciencia. Por este motivo, en la pormenorizada descripción de los fenómenos patológicos que lleva a cabo en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), no tiene ningún reparo en formular la idea de una resistencia del inconsciente: “*la resistencia del ello*”. Una resistencia que encuentra su fundamento y su razón de ser en la tendencia general de las pulsiones a evitar cualquier cambio en su forma de expresión.

“Comprobamos, en efecto, que aun después de haberse decidido el yo a abandonar su resistencia, continua tropezando con dificultades para deshacer sus represiones; hemos dado a la fase siguiente a la adopción de tan laudable propósito el nombre de fase de elaboración. De aquí a reconocer que la intervención de un factor dinámico, que hace posible tal elaboración, no hay más que un paso. Hemos de pensar, en efecto, que, después del abandono de la resistencia por parte del yo, quedan aún por vencer el poderío de la compulsión a la repetición, la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso instintivo reprimido. Nada se opone a atribuir a este factor el nombre de resistencia de lo inconsciente” (1926, O.C. p. 2875).

Así pues, la existencia de esta <resistencia de lo inconsciente> obliga al paciente, inevitablemente, a una ingrata y laboriosa tarea de elaboración, mientras que, para el terapeuta, supone una dura prueba para su paciencia, su entereza y su capacidad profesional. Este proceso de elaboración, además, requiere el aprendizaje de nuevas formas de funcionamiento psíquico, así como el desarrollo de la habilidad para inhibir viejas y arraigadas pautas de conducta. Todo analista sabe que no es suficiente con una sola interpretación, por muy acertada que ésta sea, para vencer una resistencia, traer nuevos conocimientos o cambiar una perspectiva mental.

5.2.3.3.- La perversión relacional como resistencia

Un aspecto bastante importante de las resistencias, al que habitualmente no acostumbran a referirse los autores psicoanalíticos, posiblemente porque se presenta de forma solapada, incluso aparentando una supuesta colaboración con el analista, es la perversión de la relación o perversión de la transferencia (Etchegoyen, 1978; Meltzer, 1973; Joseph, 1971; Rosenfeld, 1971). Con esta denominación se alude a un fenómeno clínico que se puede observar con cierta frecuencia en el tratamiento psicoanalítico: la distorsión de la transferencia, una distorsión que hace que este proceso de reedición de las emociones y de las fantasías, en lugar de ayudar al descubrimiento de la verdad, sirva para todo lo contrario, para confundir, para perpetuar la <<oscuridad>> y para reforzar la mentira y el engaño.

Ya hemos comentado anteriormente que la transferencia, en sí misma, constituye una resistencia, pero también hemos aclarado que las resistencias tienen la doble misión de oponerse al descubrimiento del inconsciente y de constituirse en la principal fuente de información respecto a éste. Pues bien, teniendo en cuenta esta aclaración, habremos de matizar que ahora nos estamos refiriendo a una forma especial de resistencia del paciente que consiste en ocultar el verdadero origen y las auténticas motivaciones de la transferencia con el fin de impedir la exploración y el conocimiento de su realidad interior. ¿Cómo consigue hacerlo? Aprovechándose de las ansiedades y de las necesidades del terapeuta.

No es únicamente el paciente quien siente una cierta inquietud ante el posible descubrimiento de su verdad interna, sino que también el analista, contratransferencialmente, participa de tal temor. Además, también puede sentir miedo a fracasar en su intento terapéutico, o puede verse dominado por el deseo vehemente de curar a cualquier precio (*furor curandis*), o puede sentirse verdaderamente asfixiado por la necesidad de acrecentar su autoestima. De todo ello se sirve el paciente para establecer una relación perversa con el terapeuta y, de una u otra manera, para forzarle a desatender la tarea de exploración y estudio del inconsciente. Así pues, la perversión de la transferencia puede expresarse de formas muy diferentes en el análisis (idealización, erotización, ideologización, etc.) aún cuando todas ellas tienen en común el ataque a la capacidad de comprensión del analista y a la actitud de colaboración que se supone ha de adoptar el paciente durante todo el tratamiento.

Así pues, desde esta perspectiva, podemos concluir que esta perversa actuación del paciente tiene la finalidad de perturbar al analista, de inducirle a falsas y precipitadas interpretaciones, de animarle a romper el marco de trabajo, de impulsarle a actuar en lugar de interpretar. Por eso, acostumbramos a decir que, en conjunto, la perversión de la transferencia tiende siempre a hacer inútil la relación terapéutica, siendo ésta su última y fundamental finalidad.

5.3.- La iniciación del tratamiento

En la práctica clínica, así como en los tratados que a ella se refieren, se acostumbra a considerar que los primeros encuentros entre el paciente y el terapeuta tienen una entidad y un tratamiento técnico diferente de lo que luego habrán de ser las sesiones de psicoterapia. Ciertamente es que esto no debe entenderse de una manera rígida, al contrario, hay profesionales que prefieren una solución de continuidad entre el primer encuentro y los siguientes por considerar que todo ello forma parte del proceso analítico y que nada ha de variar de la primera a las siguientes sesiones. Sin embargo, en este trabajo vamos a considerar el primer encuentro como una cuestión preliminar, como un proemio, con matices distintos a lo que serán las sesiones posteriores.

Normalmente se acostumbra a llevar a cabo una o varias entrevistas previas antes de decidir si la persona que consulta por un determinado problema debe realizar un tratamiento psicoanalítico, lo que depende exclusivamente, como ya sabemos, de las indicaciones y contraindicaciones. Por lo general, el paciente y el analista se encuentran personalmente por vez primera en la sala de espera, sin embargo, a partir de sus propias expectativas, cada uno tiene ya una imagen más o menos vaga del otro. Supongamos que un paciente ha solicitado una cita telefónicamente o por escrito. Imaginemos también que menciona brevemente sus problemas o describe con detalle su atormentada vida para, finalmente, subrayar la necesidad urgente de consultar. Puede asimismo expresar sus dudas y sus expectativas de que la decisión de consultar, otrora largamente aplazada, desemboque con prontitud en un tratamiento exitoso de su dolencia, así como su esperanza de que será

aceptado como paciente, precisamente, por ese terapeuta de quien tan buenas referencias tiene. Pues bien, según el modo de anunciarse y comentar su caso, o por el contenido y la forma de su carta, el analista puede comenzar a sacar conclusiones sobre la situación de vida del paciente. De esta forma, mucho antes de que tenga lugar el primer encuentro físico ya se han iniciado los procesos de transferencia, contratransferencia y resistencia.

Diversos autores coinciden en señalar que la relación terapéutica, aunque sea en términos imaginarios, y con ella la transferencia, las resistencias, etc., preexisten antes de la primera cita (Coderch 1987, Thomä y Kächele 1989). Sin duda el paciente toma la decisión de consultar basándose en unas expectativas más o menos acertadas, expectativas que prefiguran ya en su fantasía lo que espera conseguir del proceso terapéutico al que ahora se aproxima. La llamada telefónica para concertar la cita es ya un primer impacto que moviliza cantidad de fantasías. Si ha localizado fácilmente al terapeuta o si la coincidencia con él ha sido difícil, si la llamada la ha atendido personalmente o si, por el contrario, ha sido otra persona la que ha recogido la información, son detalles que van a favorecer o perjudicar la disposición y el interés del paciente hacia la terapia. No olvidemos que la manera en que el paciente percibe la voz y el trato en ese primer contacto telefónico constituye las primeras señas de identidad del terapeuta, o al menos así es como lo puede considerar el presunto paciente. Si le ha parecido seco o distante, indiferente o desinteresado o, por el contrario atento y tranquilizador, ello condicionará no sólo el primer encuentro sino también las siguientes sesiones.

Estos hechos que acabamos de relatar y cómo fueron vividos por el paciente, constituirán también material de trabajo una vez iniciado el proceso analítico. Es posible que cuando hayan transcurrido unas cuantas sesiones y el paciente se sienta más confiado, puedan aparecer estas primeras impresiones y las fantasías que generaron.

5.3.1.- La demanda terapéutica

En este apartado nos vamos a ocupar del concepto de demanda terapéutica, entendiéndola fundamentalmente como la peculiar forma que tiene el paciente de interpelar al terapeuta desde su propio conflicto. La forma en que el analista escucha y toma posición frente a la demanda, constituye ya una primera y reveladora indicación de cómo va a transcurrir el tratamiento, de cómo va a ser tratado el paciente y de qué puede esperar este paciente del terapeuta y del proceso terapéutico. En relación con el analista, el primer objetivo que se le impone es distinguir entre los deseos del paciente que no pueden ser asumidos como objetivos terapéuticos y aquellos otros que sí pueden ser abordados en la terapia (De Neuter, 1982). Porque, independientemente de lo que el paciente pida o espere del tratamiento, a nosotros tan sólo nos interesa en este primer momento saber si el sujeto en cuestión es susceptible o no de nuestra intervención terapéutica. Todas estas cuestiones, y algunas otras más, constituyen el <análisis de la demanda> que a continuación vamos a intentar desarrollar.

Analizar la demanda terapéutica supone escuchar los aspectos explícitos y comprender los aspectos implícitos y/o inconscientes de la misma, así como también aprender a diferenciar entre las expectativas neuróticas y las sanas, las realistas y las idealizadas que este fenómeno sin duda comporta. Este análisis de la demanda consiste fundamentalmente en observar, escuchar y comprender lo que el paciente expone: sus síntomas, sus experiencias, su inquietud, su malestar, etc., al tiempo que atendemos la forma en que se presenta esa información. Y esto siempre desde tres perspectivas: 1ª) la personal, cómo lo expone, cómo lo vive, cómo reacciona, etc.; 2ª) la relacional, qué le pide al terapeuta, qué espera conseguir de él; 3ª) la transferencial, qué actualiza de su conflicto original y cómo actúa el síntoma en esta primera interacción terapéutica. En todo caso, no es necesaria una capacidad diagnóstica especial para darse cuenta de que, en este primer encuentro, el paciente no sólo nos está explicando cosas acerca de su conflicto y de su historia, sino que también está actuando en vivo y en directo.

En forma muy simplificada podríamos decir que en toda demanda terapéutica podemos encontrar aspectos neuróticos y realistas, aspectos que sin duda hemos de aprender a diferenciar. En este sentido, y siguiendo las ya clásicas indicaciones de Brammer y Shostrom (1961), vamos a señalar las condiciones de lo que sería una *buen*a demanda, buena en el sentido operativo:

- 1) Que exista el sufrimiento: este es el móvil más legítimo y eficaz que impulsa la demanda.
- 2) Que el paciente sitúe su problemática o conflicto en el terreno psicológico: emocional, conductual, caracterial, etc. Se sobrentiende que el terapeuta tendrá muy en cuenta de asegurarse un buen diagnóstico diferencial en caso de que se tenga la más mínima sospecha de que el problema pueda tener una etiología orgánica.
- 3) Que tenga deseos de cambiar. Al menos que explícitamente esto sea dominante, lo cual no descarta que se pueda dar, al mismo tiempo, cierta ambivalencia al respecto.
- 4) Que se sienta en alguna medida sujeto activo de su situación, es decir, que no delegue masivamente las culpas y responsabilidades en los otros o en situaciones externas.
- 5) Que acceda voluntariamente a la consulta: Esta voluntad no excluye las ambivalencias, dudas, la desconfianza o ciertas reticencias.

En resumen, podríamos concluir este apartado diciendo que el mejor paciente para una terapia psicoanalítica sería aquel que sufre pero que al mismo tiempo es capaz de reflexionar sobre su sufrimiento, aquel que se cuestiona a sí mismo y presenta una demanda terapéutica de tipo introspectivo. De ello se deduce que no todos los pacientes pueden beneficiarse por igual de esta singular técnica. En realidad, ninguna técnica terapéutica puede abarcar todas las patologías y menos aún todas las idiosincrasias de los individuos

(Scilligo, 1990). Cada modelo de intervención terapéutica conlleva, de forma implícita, un perfil de paciente idóneo para ese modelo. Por tanto, si el terapeuta trabaja exclusivamente con una determinada técnica deberá renunciar a todos aquellos pacientes que no respondan a ese supuesto perfil. Nunca nos entenderemos con un paciente que sólo espera de nosotros consejos o apoyo reconfortante si nos empeñamos en darle interpretaciones. Inversamente, el paciente que realmente quiere entender qué le pasa y por qué le pasa no va a aceptar de buen grado ni las actitudes directivas ni los fármacos, y si las circunstancias le llevaron inicialmente a la consulta psiquiátrica-farmacológica, ahora tiende a rechazar la medicación y busca activamente otra alternativa terapéutica.

Ahora bien, como señala Merçe Mitjavila (1994), adecuarse a las posibilidades de cada paciente –posición más ecléctica-, o trabajar con una misma técnica, no deja de ser una opción legítima de cada profesional. Lo que sí parece más discutible es la pretensión de considerar la propia técnica -cualquiera que sea- como válida para todos los casos y para todos los pacientes. Conocer los límites del propio modelo, tanto en su versión teórica como en su dimensión aplicada, ha de ser primordial para cualquier terapeuta, ya que de lo contrario, esas mismas limitaciones jugarán siempre en contra del propio proceso terapéutico.

5.3.2.- La entrevista psicoanalítica

Como el título mismo lo indica, nos ocuparemos aquí de la entrevista psicoanalítica, entendiendo por tal aquella vista que se lleva a cabo antes de emprender un tratamiento psicoanalítico, aquel encuentro cuya finalidad es decidir si la persona que consulta debe realizar un tratamiento psicoanalítico, lo que depende de lo que ya estudiamos en el tema anterior, las indicaciones y contraindicaciones. Esta definición, no obstante, aunque es la más estricta y por consiguiente la más precisa que podemos dar, tiene el inconveniente de ser, desafortunadamente, un tanto restringida. Por eso algunos autores, siguiendo las indicaciones de Harry Stack Sullivan (1959), prefieren hablar de entrevista psiquiátrica, que tiene un sentido mucho más amplio.

De todos modos, sea cual fuere el adjetivo utilizado para acompañar al vocablo <<entrevista>>, siempre van a surgir problemas, ya que la entrevista puede terminar con el consejo de que no corresponde emprender un tratamiento ni psicoanalítico ni psiquiátrico. Por este motivo, Bleger prefiere utilizar el término “*entrevista psicológica*”, acentuando que el verdadero objetivo del encuentro es llevar a cabo un diagnóstico psicológico, que su finalidad última es evaluar la psiquis (o la personalidad) del entrevistado, más allá de que esté sano o enfermo.

Así las cosas, vale la pena señalar aquí, aunque sólo sea para dar una salida airosa a este problema terminológico, que si bien es cierto que entendemos por entrevista psicoanalítica la que tiene como principal objetivo decidir sobre la conveniencia de emprender un tratamiento psicoanalítico, le reservamos también un rango de jurisdicción más amplio. Esto quiere decir que

no vamos a limitarnos a indicar al entrevistado únicamente si debe analizarse o no debe hacerlo, sino que, en caso de no considerar viable el análisis, lo más probable es que le ofrezcamos algún tratamiento alternativo, otro tipo de psicoterapia o un tratamiento farmacológico; y entonces la entrevista que se inició como analítica termina por convertirse en psiquiátrica.

Así pues, podremos decir legítimamente que una entrevista es psicoanalítica cuando se realiza de acuerdo con los supuestos y los procedimientos del psicoanálisis, incluso, si queremos ponernos aún más formales, añadiremos que también adquiere esta consideración cualquier vista previa al análisis cuando es realizada por un psicoanalista. Así pues, como cualquier otro tipo de relación humana, la entrevista psicoanalítica tiene su razón de ser, su justificación y su coartada en la tarea que se propone llevar a cabo, es decir, en los objetivos que se ha marcado como meta. Estos objetivos están siempre presentes y, aunque de hecho no se los explicita ni se los reconozca formalmente, gravitan, cuando no deciden, el curso de la relación terapéutica.

Digamos para comenzar que los objetivos de la entrevista son totalmente diferentes de los de la psicoterapia, un punto en que muchos autores, Bleger (1971) y Liberman (1972) entre ellos, insisten con razón. En el primer caso, el objetivo es orientar a una persona hacia una determinada actividad terapéutica; en el segundo, realizar lo que antes se indicó. Siendo así, la primera tarea que se nos impone es la de delimitar con rigor los fines de la entrevista, una delimitación que nos ha de permitir *a posteriori* no sólo orientar mejor la propia entrevista sino también conducir mejor nuestra actuación en atención a esos fines:

a) Facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales, lo que nunca se puede lograr en un encuadre formal de preguntas y respuestas. Se trata, pues, de indagar acerca de lo que el entrevistado no sabe, de tal modo que, sin descalificar lo que él nos pueda decir, vamos a conceder mucho más valor a lo que podamos observar en el curso de la interacción que promueve la entrevista.

b) Orientar al entrevistado en cuanto a su salud mental y al tratamiento que mejor pueda convenirle, si eventualmente le hiciera falta. De ahí que consideremos que la entrevista, como técnica de diagnóstico que es, no sólo nos permite recoger información acerca del futuro paciente, sino que, al mismo tiempo, permite establecer una relación entre el analista y el entrevistado que nos proporciona una información sumamente valiosa acerca de cómo el sujeto podrá enfrentarse a una relación terapéutica.

Función y objetivos de la entrevista

La función esencial de la entrevista es la de precisar la indicación terapéutica a partir de la demanda y características del paciente. Además, trataremos de observar la capacidad de *insight* del paciente (cómo conecta y explica sus vivencias); su facilidad para asociar libremente (si puede dar curso libre a los

pensamiento o si por el contrario necesita estructurar un discurso secuencial y ordenado); su sensibilidad frente a las experiencias y recuerdos infantiles; el significado de sus fantasías y sus sueños (si los recuerda, si le llaman la atención, o si, por el contrario, no les concede importancia); etcétera. Es una tesitura en la que el terapeuta pasa revista a los personajes de la historia del paciente, al trato que éste les da y a la situación que cada uno de ellos ocupa en su mundo emocional.

Otra función importante que ha de cumplir la entrevista es la de informar y explicar al paciente las condiciones en las que se va a trabajar: horario, honorarios, consignas y cualquier otro detalle que vaya a constituir la cotidianeidad del encuentro terapéutico. H. Thomä y H. Kächele (1989) nos dicen que es el momento de hacer una adaptación flexible del método a la realidad particular de cada paciente. Esto es, construir el contexto adecuado en cada caso, hacer accesible la técnica al paciente y viceversa, y sacrificar en ocasiones algo de purismo técnico para tratar a determinados pacientes. Vamos a observar, pues, las reacciones del paciente (comentarios, asociaciones, actitudes, etc.) frente a estas primeras propuestas de trabajo en común.

Desde un punto de vista técnico, la entrevista tiende a ser algo más directiva que las sesiones dentro del curso terapéutico. Es más directiva en cuanto que el terapeuta puede preguntar más, aunque nunca se ha de convertir la entrevista en un interrogatorio ya que el espacio abierto que promueve la asociación libre del paciente siempre resulta mucho más útil. Decimos, pues, que el terapeuta actúa más en un sentido directivo-informativo que en un sentido clínico, ya que ha de explicar al entrevistado las condiciones de trabajo con claridad y detalle.

Un factor que también hay que tener en cuenta es el número óptimo de entrevistas que deben llevarse a cabo antes de decidir emprender el proceso terapéutico definitivo. Aunque, quizás, mejor que tratar de precisar un número es más conveniente pensar en un criterio, y este criterio ha de ser el de las entrevistas mínimas (2-3) que consideramos necesarias para poder aclarar los puntos antes mencionados referidos al diagnóstico, la indicación y el acuerdo o compromiso de trabajo. Alargar excesivamente los primeros encuentros, subraya M. Mitjavila (1994), conduce a la instauración de una transferencia que no podrá abordarse plenamente porque todavía estamos en un momento preliminar y decisorio que cuestiona la continuidad del propio proceso.

Este punto es especialmente importante cuando el paciente tiene que ser derivado forzosamente a otro colega. Si a un paciente se le concede el tiempo suficiente para que establezca vínculos afectivos con un determinado terapeuta, es lógico pensar que esa vinculación, y con ella la transferencia que comporta, va a dificultar la tarea de cualquier otro profesional en caso de que sea necesario un cambio de terapeuta (por falta de tiempo, por ejemplo). En estos casos, la comparación entre ambos profesionales acostumbra a ser tan arbitraria como inevitable, así como inevitable es también la sensación de pérdida del paciente respecto del primer terapeuta que le atendió y de todo lo que había depositado en él: información, confianza y expectativas.

Por este motivo, creemos que es mucho mejor evitar la entrevista con los potenciales pacientes cuando estamos seguros que no existe la posibilidad de atenderlos. Si después de la primera o sucesivas entrevistas le decimos a un paciente que no podemos hacernos cargo de él, aunque le expliquemos debidamente que se trata de motivos ajenos a su persona, no va a poder dejar de pensar que <<no ha caído bien>>, que su caso es <<demasiado grave>> o, simplemente, que queremos <<deshacernos de él>>.

Función y objetivo de las primeras entrevistas

- | | |
|----|--|
| 1ª | Confirmar o precisar la indicación del tratamiento. Diagnóstico. |
| 2ª | Atender lo que se expresa en la entrevista como indicador del curso futuro.
a) Dimensión retrospectiva.- Recogida de datos de lo sucedido hasta ahora.
b) Dimensión anticipativa.- Realización de un pronóstico sobre el caso. |
| 3ª | Informar al paciente acerca de las condiciones del trabajo terapéutico. |

Encuadre y técnica de la entrevista

La entrevista configura un <<campo>>, lo que significa que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece (Bleger, 1971). Esto quiere decir que la entrevista crea el ámbito adecuado para que el entrevistado pueda hablar libremente, para que pueda hacer su juego. La primera regla, continúa Bleger, consiste en procurar que *“este campo quede realmente configurado por las variables que dependen del entrevistado y no por aquellas que dependen del entrevistador”*, para lo cual éste último ha de mantener una actitud neutral, sin proponer temas ni hacer sugerencias.

Esta actitud de neutralidad, además, es la más conveniente para alcanzar los fines que nos habíamos propuesto, la que mejor nos permite cumplir con nuestra tarea, que no es otra que ver si a esta persona le conviene o no analizarse. Si nos involucramos más allá que lo que nuestra posición de *observador participante* (Sullivan, 1959) dictamina, sea preguntando demasiado (interrogatorio), dando apoyo, expresando simpatía, dando opiniones o hablando de nosotros mismos, vamos a desvirtuar el sentido de la entrevista, convirtiéndola en un diálogo formal, cuando no en una vulgar conversación. Puede resultar, entonces, que al tratar de consolidar con estos métodos la relación terapéutica paguemos un precio muy alto, un precio que puede condicionar de principio a fin la buena marcha del análisis.

➤ Encuadre

Acostumbramos a decir con cierta frecuencia que la entrevista, al igual que el proceso psicoanalítico, tiene su propio encuadre, queriendo significar con ello que las condiciones formales en las que se ha de desarrollar la vista y la actitud que ha de presidir el encuentro son ciertamente singulares. Un encuadre, por cierto, que se constituye cuando algunas variables como el tiempo, el lugar y la actitud de los implicados se fijan como constantes. Digamos, pues, que el encuadre de la entrevista supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando además ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar. El paciente, en todo caso, debe saber que la entrevista tiene la finalidad de responder a una consulta suya sobre su salud mental y sus problemas, para ver si es necesario un tratamiento especial y decidir, llegado el caso, cuál es el tipo de tratamiento más conveniente para su patología. Esto define una diferencia en la actitud de ambos participantes, ya que uno tendrá que mostrar abiertamente lo que le pasa, lo que piensa y siente, mientras que el otro tendrá que facilitarle esa tarea y evaluarlo. Es una situación en verdad asimétrica que deriva, precisamente, de la particular idiosincrasia del tratamiento psicoanalítico.

Por otra parte, también diremos que la entrevista se realiza siempre cara a cara y que el empleo del diván está formalmente excluido en este tipo de encuentros. Por este motivo es preferible que los dos participantes se sienten frente a frente en un escritorio o, mejor aún, en dos sillones dispuestos simétricamente en un ángulo tal que les permita mirarse o desviar la mirada en forma natural y confortable. Si no se dispone de otra comodidad, el entrevistado se sentará en el diván y el entrevistador en su sillón de analista, situación que tiene el inconveniente de sugerir la idea de que se está asistiendo a una sesión y no a una entrevista. Para iniciar la reunión pueden solicitarse, por de pronto, los datos de identidad del entrevistado, después de lo cual se le indicará el tiempo que durará la entrevista, la posibilidad de que no sea la única y se le invitará a hablar.

➤ **Técnica**

La mayoría de los autores sostiene que la técnica de la entrevista es propia y singular, distinta de la de la sesión de psicoanálisis o de psicoterapia. No sólo porque los objetivos de una y otra son distintos, sino también porque la metodología utilizada es diferente, ya que la asociación libre no se propone y la interpretación se reserva para situaciones especiales. Sin recurrir, pues, a la asociación libre, que de hecho requiere otro encuadre diferente y sólo se justifica cuando tiene su contrapartida en la interpretación, trataremos de obtener los informes necesarios para establecer el diagnóstico y la indicación terapéutica con una técnica no directiva que deje al entrevistado la iniciativa y lo ayude discretamente en los momentos difíciles.

Un simple mensaje preverbal, como asentir ligeramente con la cabeza, mirar amablemente o formular algún comentario neutro es, por lo general, suficiente para que el entrevistado restablezca la interrumpida comunicación. E. Rolla (1972), por ejemplo, nos recomienda mirar al entrevistado que se ha

quedado en silencio y estimularlo asintiendo ligeramente con la cabeza, al tiempo que decimos con mucho tacto <<sí>>. También I. Stevenson (1959), que escribió sobre la entrevista en el libro de Sylvio Arieti *American handbook of psychiatry* (1959), cuenta que estimula al entrevistado con gestos ligeros, palabras o comentarios neutros, y hasta con alguna pregunta convencional que surge del material del cliente. Es, pues, de suponer cuánto habrá de influir nuestra actitud y nuestro interés, explícito o implícito, en la facilitación del material por parte del entrevistado.

Sin embargo, aunque esto sea cierto, hemos dicho ya repetidamente que es necesario y conveniente discriminar entre las actuaciones que el analista lleva a cabo en la entrevista y las que realiza en la sesión de psicoterapia. Entrevista y tratamiento, técnicamente hablando, son dos procesos totalmente diferentes. Digamos ahora que una diferencia notoria entre ambos procesos es que en la entrevista no operamos con la interpretación. Liberman (1972), por ejemplo, es muy estricto en este punto porque entiende que el encuadre de la entrevista no justifica el empleo de este instrumento terapéutico y también porque quiere demostrar al paciente la diferencia entre este primer encuentro y lo que luego será, si se llega a emprender, el análisis. Bleger (1972), por el contrario, considera que hay casos determinados y precisos en que la interpretación en la entrevista es pertinente y necesaria, *“sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse”* (p. 38).

De todas maneras, algunas veces se suele emplear la interpretación como una especie de prueba piloto para ver cómo reacciona el entrevistado. La interpretación que se acostumbra a utilizar en estos casos es siempre sencilla y superficial, casi siempre genérica, uniendo los dichos del sujeto en una relación de tipo causal, más o menos en el estilo de: *¿No le parece a usted que esto que acaba de recordar podría tener alguna relación con...?* Es una especie de tanteo que a veces puede informar sobre la capacidad de *insight* del entrevistado.

5.3.3.- El contrato psicoanalítico

Como hemos podido comprobar en el apartado anterior, el asunto de las indicaciones y contraindicaciones enlaza directamente con el tema de la entrevista terapéutica y, como vamos a ver a continuación, el tema de la entrevista terapéutica tiene su continuación natural en la cuestión del <<contrato psicoanalítico>>. Ubicada, pues, entre las indicaciones y el contrato, la entrevista ha de ser, necesaria y forzosamente, un instrumento que, por una parte, nos va a permitir establecer la indicación del tratamiento y, por otra, nos va a ayudar a negociar el contrato con el paciente. Una de las funciones importantes de la entrevista será, por tanto, preparar al futuro analizado para suscribir el contrato terapéutico.

Al margen de consideraciones jurídicas, definimos el contrato terapéutico como: *“aquel acuerdo por el cual el paciente y el analista aceptan las condiciones formales (actitud, espacio, tiempo, honorarios, utilización del diván, etc.) en las que se va a desarrollar el proceso terapéutico y asumen, por*

voluntad propia, el compromiso de reunirse según dichas condiciones para tratar de resolver, según el método o técnica de trabajo del terapeuta, el problema que se ha planteado en la demanda". Esto quiere decir que el propósito del contrato es definir y concretar las bases del trabajo que se va a realizar, de modo que ambas partes tengan una idea clara de los objetivos, de las expectativas y también de las dificultades a las que compromete el tratamiento psicoanalítico, para evitar que después, durante el transcurso de la terapia, puedan surgir ambigüedades (que de hecho surgirán), errores o malos entendidos.

Tal vez la palabra contrato, por sus connotaciones jurídico-preceptivas, no sea la más adecuada para referirnos a este acuerdo pactado libremente por ambos implicados en el proceso terapéutico, sin embargo, tiene fuerza y da una idea exacta del asunto al que nos estamos refiriendo. Ahora bien, cuando llega el momento de formularlo, y por la razón antes indicada, no se habla al paciente de contrato; se le dice, más bien, que sería conveniente ponerse de acuerdo sobre las bases o las condiciones del tratamiento. Es célebre la anécdota relatada por Horacio Etchegoyen (1986) de un abogado, con una florida neurosis obsesiva, que al ser requerido para "*hacer el contrato*" pidió tiempo para pensarlo y acudió a la siguiente entrevista con un borrador de contrato a ver si al analista le parecía bien. La palabra contrato, pues, debe quedar circunscrita a la jerga de los analistas y no extenderse en ningún caso al diálogo con los futuros pacientes. Digamos de paso, que el analista de la anécdota cometió dos errores y no uno: empleó inadecuadamente la palabra y creó además una expectativa de ansiedad para la siguiente entrevista. Si se plantea el tema del contrato, debe ser resuelto de inmediato y no debe dejarse para la próxima vez.

Digamos, pues, que el convenio nos ha de servir para que cuando la ambigüedad se haga presente –porque los malentendidos en el tratamiento van a surgir inevitablemente- se pueda analizar la situación teniendo como punto de referencia lo que se pactó inicialmente. Desde un punto de vista práctico, escribe Etchegoyen (1986), se podría decir que el proceso analítico, en cierto modo, consiste en cumplir el contrato, despejando los malos entendidos que impiden su vigencia. Con esto queda dicho que lo que realmente interesa es el espíritu de lo pactado, mientras que la letra se puede modificar de acuerdo con cada situación, con cada paciente y en cada momento. Y esto es, precisamente, lo que se desprende de la lectura de los dos ensayos que Freud escribió en 1912 y 1913, donde formuló con toda precisión las cláusulas del "*pacto analítico*".

En *Los consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912) y en *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913) Freud formula las bases teóricas del contrato, es decir, su espíritu, a la vez que establece las normas fundamentales que lo determinan, es decir, sus cláusulas. Estos dos trabajos especifican las estrategias que hay que utilizar para poner en marcha el tratamiento y, previo a dichas estrategias, los acuerdos a los que hay que llegar con el paciente para realizar el análisis. También está incluida en esta idea freudiana de contrato terapéutico el que el tratamiento debe finalizar por común acuerdo de las dos partes; y por este motivo, si cualquiera de los dos protagonistas decide por su

cuenta y riesgo dar por concluida la relación terapéutica, no se habla de terminación del análisis sino de interrupción. De cualquier forma, también recuerda Freud, el analizado tiene total libertad para rescindir el contrato en cualquier momento y, también, aunque en especiales circunstancias, el analista tiene ese derecho.

Como bien dice Menninger (1958), toda transacción en la cual hay algún tipo de intercambio se basa en un contrato, un contrato que a veces es muy breve o implícito, pero que siempre existe y a él se remiten las partes para realizar la tarea convenida, tanto más cuando surgen las dificultades. Si bien el contrato psicoanalítico tiene sus características particulares, sigue Menninger, en última instancia no se diferencia sustancialmente del que uno puede establecer cuando va de compras o encarga algún trabajo a un profesional. De una u otra manera, una vez explicitadas las cláusulas de un contrato, sea cual fuere la naturaleza del mismo, siempre queda definido un tipo determinado de interacción, una tarea, un quehacer; y por ese motivo es tan importante que dichas cláusulas hayan sido expuestas con total claridad. Sólo si se estipularon convenientemente y de antemano las normas con que se va a desenvolver una determinada tarea podrán superarse las dificultades que puedan surgir después.

Vale la pena señalar, también, que el contrato psicoanalítico no sólo implica derechos y obligaciones sino también riesgos, los riesgos inherentes a toda empresa humana. Si bien el contrato se inspira en la intención de ofrecer al futuro analizado la mayor seguridad posible, no hay que perder de vista que el riesgo de eventuales flaquezas y quebrantos nunca se puede eliminar por completo, y pretenderlo, además, implicaría un error que podríamos calificar de sobreprotección, control omnipotente, manía o idealización, según el caso.

Volviendo a los consejos de Freud sobre el tratamiento psicoanalítico, en cuanto que apuntan a la utilización de la regla fundamental, al uso del diván y al intercambio de tiempo y dinero, esto es, a la frecuencia y duración de las sesiones, al ritmo semanal y a las vacaciones, se puede decir que, prácticamente, configuran las cláusulas actuales del contrato analítico. Dicho con otras palabras, la mayor parte de estos consejos se materializan en la formulación del contrato terapéutico, un contrato en el que es preferible centrar la atención en lo fundamental y no es prudente ni oportuno ser demasiado meticuloso en los detalles o dar demasiadas directivas. La regla básica de la *Libre Asociación* puede introducirse con muy pocas palabras, y con ella el empleo del diván. Luego vienen los acuerdos sobre horarios y honorarios, el tema de los días festivos y de las vacaciones, la forma de pago y, normalmente, nada más.

No obstante, tal y como hemos señalado con anterioridad, lo esencial es el espíritu del contrato y no la letra, porque ni aún las cláusulas más importantes tienen por fuerza que introducirse de entrada e, incluso, otras reglas menos específicas pueden incluirse inicialmente si las circunstancias así lo aconsejan. Como decía Heinrich Racker (1952) en una nota al pie de su *Estudio 3*, la regla fundamental puede no ser comunicada de entrada pero, de todos modos, al pedirle al paciente que asocie o que diga todo lo que se le ocurra sobre un

determinado elemento del material pronto le ha de empezar a resultar familiar. Nadie ya a estas alturas duda que es mejor comunicar sin demora la regla básica de la *Libre Asociación*, pero puede haber algunas excepciones. A un paciente con rasgos marcadamente obsesivos, por ejemplo, habrá que tener especial cuidado al plantearle esta forzosa exigencia, ya que, como es sabido, a este tipo de pacientes el hecho de tener que comunicar aquello que importuna su mente crea, ya de entrada, un problema de conciencia demasiado grande como para aceptar esta modalidad de tratamiento. En cambio, un paciente hipomaníaco –y ni que hablar si es maníaco- no necesitará ningún estímulo especial para decir todo lo que piensa. Y no digamos ya si el paciente es un psicópata. Acentuar con un psicópata que tiene total libertad para decir lo que quiera, puede ser simple y llanamente dar la luz verde para su <<acting out>> verbal.

Con todo esto hemos querido dejar bien sentado que aun en la convención que llamamos fundamental –la regla de la *Libre Asociación*- pueden plantearse circunstancias especiales que nos aconsejen seguir un camino diferente del habitual, sin que con esto queramos decir en absoluto que podamos apartarnos sistemáticamente de la norma. Vale decir aquí que las principales disposiciones del contrato responden a una pregunta que está presente en la mente del entrevistado desde que se le da la indicación de analizarse: ¿en qué consiste el tratamiento? Se formule explícitamente o no, esta pregunta nos ofrece la oportunidad de explicar al paciente los puntos más importantes del contrato. Podemos decir, por ejemplo, que el tratamiento consiste en que usted se acueste en este diván, se ponga en la posición más cómoda posible y trate de decir todo lo que vaya surgiendo en su mente, con la mayor libertad y la menor reserva, tratando de ser lo más espontáneo, franco y sincero que pueda. De esta forma tan sencilla queda ya establecida la regla fundamental y el uso del diván, después de lo cual se puede comenzar a hablar con el paciente de horarios y honorarios.

Por otra parte, existen también algunas reglas *menores* que es conveniente introducirlas ya de entrada. La norma de que el paciente ha de pagar la sesión cuando falte a una cita previamente concertada es una de ellas, aunque, si vemos el entrevistado se muestra especialmente ansioso o desconfiado, puede dejarse de momento a un lado y plantearla a partir de la primera ausencia. Este aplazamiento, sin embargo, trae muchas veces problemas, ya que el paciente puede considerar esta imposición como una respuesta concreta a su ausencia, y no una regla general. Otras normas, en cambio, no deberían formularse en el primer encuentro, es decir, en la entrevista, sino cuando las condiciones del tratamiento requieran su exposición. Un ejemplo típico sería el de los cambios de hora, las ausencias por enfermedad o los regalos. Son normas contingentes, que tienen que ver más con el estilo del analista que con la técnica y que, por este motivo, es mejor discutir las sólo cuando llega el caso.

Por otra parte, las disposiciones del contrato, en cuanto normas que tratan de establecer la relación entre las partes implicadas en el proceso terapéutico, tienen que ajustarse a los usos culturales que rigen la relación de las personas en nuestra sociedad. Por ejemplo, si un paciente enferma y falta al análisis por un tiempo, el terapeuta puede modificar ocasionalmente la norma de cobrar las

sesiones. La inflación, en ocasiones, se convierte en un auténtico factor de ajuste que afecta directamente a los honorarios percibidos por el analista. Los viajes también plantean un problema interesante a la norma de cobrar las sesiones aunque el paciente falte a las mismas. Una solución salomónica, sino alumbrada si al menos defendida por Hanna Segal (1958), es la de cobrar la mitad de los honorarios convenidos. Esto garantiza, por un lado, el compromiso del paciente, que sigue haciéndose cargo de su tratamiento aunque no acuda a las sesiones; y, por otro lado, cubre de alguna forma el perjuicio económico del analista que, además, cobra por unas horas de las que puede disponer.

Por último, entre tantos problemas que plantea el contrato terapéutico vale la pena mencionar el famoso y ahora bastante olvidado análisis de prueba. Freud lo utilizaba, según reconoce él mismo en un artículo de 1913 titulado *Sobre la iniciación del tratamiento*, para realizar el diagnóstico clínico. Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los analistas prefiere remitir la cuestión del diagnóstico a las primeras entrevistas. Y la explicación de esta postura, además, es bien sencilla: el análisis de prueba crea tal incertidumbre en el paciente, que hasta las respuestas aparentemente más naturales y espontáneas quedan determinadas por ella, ya que es incuestionable que cuando a uno lo ponen a prueba, hace todo lo posible para no ser rechazado.

Parece más provechoso, entonces, confiar a las entrevistas el problema de la indicación y no incluirlo en el tratamiento como análisis de prueba. Aunque de todos modos, en los casos verdaderamente difíciles, no es seguro que las entrevistas puedan resolver el problema, sobre todo porque si prolongamos las entrevistas demasiado corremos el riesgo de crear un *plus* de ansiedad en el entrevistado, complicando así la relación analítica futura. Este inconveniente ya fue mencionado por Freud, que no quería darle al paciente la ventaja de que se estableciera una relación de transferencia antes de iniciarse el tratamiento, y seguramente por esto recurría al análisis de prueba. Esta razón tiene sin duda un profundo calado, pero el riesgo puede ser menor si las entrevistas se realizan teniendo siempre en cuenta sus objetivos y respetando en todo momento su propio encuadre.

5.3.4.- El encuadre psicoanalítico

Como afirma Bleger (1967), ningún proceso puede darse si no hay algo dentro de lo cual pueda transcurrir, y esos carriles por donde se ha de desplazar el proceso son, precisamente, los que determina el encuadre. Sin duda, para que el proceso pueda desarrollarse tiene que haber un encuadre que lo contenga. De acuerdo con esta propuesta, podemos definir el encuadre, también denominado comúnmente contexto o *setting*, como: *“las condiciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico”* (Mitjavila 1994, p. 277). Algunas de estas condiciones se formulan explícitamente en el momento del contrato, otras se expondrán cuando el momento y la situación terapéutica así lo aconsejen y otras se materializan en la actitud del terapeuta y configuran lo que se ha dado en llamar *“el encuadre interno”* (Escario, 1988; Miró, 1988).

Encuadre externo	Espacio, tiempo, honorarios y utilización del diván.
Encuadre interno	Actitud del terapeuta.

El encuadre es, pues, el *marco formal* en el que se va a desarrollar el proceso terapéutico. Un marco formal donde las condiciones tienden a ser constantes y cuya aceptación es un requisito indispensable para emprender el tratamiento psicoanalítico. Precisamente, la aceptación de estas pautas y el compromiso entre el terapeuta y el paciente de reunirse según dichas condiciones para tratar, según el método o técnica de trabajo del terapeuta, el problema que se ha planteado en la demanda, es lo que constituye el acuerdo o contrato terapéutico. Partimos, pues, del siguiente axioma: no hay terapeuta sin encuadre, no hay paciente sin encuadre, luego tampoco hay proceso terapéutico sin encuadre. A continuación vamos a tratar de describir este peculiar contexto de trabajo:

a) El espacio. Si se trata de un despacho privado, independientemente del gusto personal, es recomendable que no delate nada de la intimidad del terapeuta, ya sea en referencia a su familia, a sus aficiones o a sus tendencias políticas o religiosas. Esta condición es coherente con la actitud de neutralidad que ha de mantener el terapeuta.

b) El tiempo. Se ha de mantener con absoluta rigurosidad evitando cambios e improvisaciones. Las interrupciones y reencuentros impuestos por la secuencia de las sesiones o por las vacaciones permitirán observar y comprender cómo el paciente siente la separación y los aspectos defensivos que se movilizan. Además, la frecuencia de las sesiones tiende a considerarse como un criterio diferenciador entre el psicoanálisis propiamente dicho (la cura tipo) y la psicoterapia psicoanalítica. En el primer caso se intensifica el número de sesiones hasta alcanzar las 4 ó 5 semanales, mientras que en psicoterapia psicoanalítica el número de sesiones oscila entre 1 ó 2 por semana.

c) El diván. Se usa siempre en tratamiento psicoanalítico convencional y opcionalmente en psicoterapia psicoanalítica. La ventaja del diván es que facilita la asociación libre y en general un discurso más regresivo, visual e imaginativo. Asimismo, la utilización del diván permite una mayor tolerancia al silencio, dado que es mucho más fácil aguantarlo en la situación convencional de tendido supino que sentados frente a frente.

d) Los honorarios. A parte de su función objetiva, obvia de por sí, el acuerdo económico adquiere en el contexto terapéutico un matiz marcadamente relacional. Lo económico determina y exterioriza la diferencia entre la relación amistosa y la profesional. Vale decir aquí que, como principio general, el paciente ha de abonar las sesiones aunque falte a la cita. El hecho de establecer esta condición como norma desde el inicio mismo del tratamiento, evita el riesgo de posibles manipulaciones futuras.

No hace falta decir que la importancia de todos estos elementos trasciende lo puramente físico, que desde que son propuestos por el terapeuta y aceptados por el paciente adquieren un sentido básicamente relacional y que, al ser investidos inconscientemente de significado por el sujeto, participan a un tiempo de la realidad y de la fantasía. Por otra parte, no cabe la menor duda de que cuanto más estable sea el marco donde se desarrolla el proceso terapéutico, más fácil será observar las variaciones que aporta el paciente y que son las que interesa comprender. Cuando el encuadre es variable o imprevisible deviene una fuente de estímulos procedentes del exterior que puede perturbar el desarrollo del proceso terapéutico, en cambio, si el encuadre es estable y previsible, se pueden observar y controlar mucho mejor los cambios que tienen lugar en la relación terapéutica, cambios evidentemente provocados por los estímulos internos del paciente. Así pues, por lo que se ha venido explicando hasta ahora, podemos decir que la función fundamental del encuadre es la contención:

- 1) La *contención* en el sentido de dar seguridad o estabilidad al paciente, lo cual facilitará su vínculo de confianza (Quinodoz, 1988).
- 2) La *contención* en el sentido de controlar las posibles actuaciones o manipulaciones (*acting out*) del paciente o del propio terapeuta (Bleger, 1971).

El encuadre es, pues, un hecho objetivo que el analista propone (en el contrato) y que el analizado irá recubriendo con sus fantasías, un hecho objetivo que se instituye porque ofrece las mejores condiciones para desarrollar la tarea analítica; y, curiosamente, buena parte de esta tarea consiste en ver qué piensa el paciente de esta situación que nosotros establecemos, que teorías tiene sobre ella. Como acertadamente señala Horacio Etchegoyen: “*El encuadre es la lámina del Rorschach sobre la cual el paciente va a ver cosas, cosas que lo reflejan*” (1986, p. 486).

Ahora bien, con cierta frecuencia la rigidez del encuadre y la actuación del terapeuta hacen que la situación analítica sea sentida por el paciente de una forma totalmente ambivalente. Por un lado, las condiciones en las que se desarrolla el proceso terapéutico le dan seguridad y confianza, por otro, le despiertan oposición y conflicto. Desde su posición más racional y madura, o a veces más sumisa, el paciente acepta que el procedimiento que le ha propuesto el analista no es otra cosa que su técnica o instrumento de trabajo y como tal lo admite; pero al mismo tiempo, desde una posición mucho más irracional e infantil, puede sentir el rigor del contexto como unas reglas de juego que le han sido impuestas por el terapeuta para controlarlo y someterlo. Un hecho que, sin duda, ha de despertar viejos y olvidados conflictos frente a las normas y el poder parental.

Con todo, dentro de la flexibilidad y posibilidades de adaptación del analista (horario, precio, usar el diván, etc.) el marco dominante ha de ser siempre el que inspiran la técnica y el método terapéutico, aunque también es cierto que, algunas veces, nos podemos encontrar con elementos que ha aportado el paciente y que han llegado a formar parte del encuadre de forma más o menos

parasitaria. Imaginemos, por ejemplo, un paciente que por sistema paga con retraso o llega tarde a las sesiones. Si esta conducta se mantiene inalterable el tiempo suficiente, seguramente, acabará por instaurarse como norma, a la cual el terapeuta no tiene más remedio que adaptarse y que, por tanto, ya no tiene sentido cuestionar o interpretar.

5.4.- Indicaciones y contraindicaciones

La labor que el método psicoanalítico tiende a llevar a cabo puede expresarse de muy diferentes maneras, pero en el fondo todas ellas son equivalentes. Puede decirse que el fin del tratamiento es suprimir las amnesias. Una vez aclaradas todas las lagunas de la memoria y desenmascarados todos los misteriosos afectos de la vida psíquica, se hace imposible la persistencia de la enfermedad e incluso todo nuevo brote de la misma. Puede decirse también que el fin perseguido es el de destruir todas las represiones, pues el estado psíquico resultante es el mismo que el obtenido una vez eliminadas las amnesias. Incluso, utilizando una fórmula mucho más amplia, puede decirse que se trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de las resistencias. Sin embargo, no debe olvidarse en todo esto que el estado ideal que describimos no existe tampoco en el hombre <<normal>> y que sólo en contadas ocasiones se hace posible llevar tan lejos el tratamiento.

Del mismo modo que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida y sólo en la práctica podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de disfrute. Y si por desgracia el tratamiento no consigue ser lo suficientemente prolongado y activo como para alcanzar estos objetivos o, simplemente, no es capaz de alcanzar el éxito deseado, siempre tenemos la garantía de que, al menos, vamos a conseguir un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo (recortada siempre su importancia y su significación).

Como afirma el mismo Freud en el artículo *El método psicoanalítico de Freud* (1904), el procedimiento terapéutico que utilizamos es, con pequeñas modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de histeria y para todas las formas de neurosis obsesiva. Pero su empleo no es, desde luego ilimitado. La propia naturaleza del método psicoanalítico crea indicaciones y contraindicaciones, tanto en lo que se refiere a los sujetos a los cuales ha de aplicarse el tratamiento como a las enfermedades sobre las que ha de actuar el terapeuta. Asimismo, en la conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Viena en diciembre de 1904 Freud declaró, y es un pensamiento verdaderamente original, que la indicación de la terapia psicoanalítica no sólo debe hacerse por la enfermedad del sujeto, sino también por su personalidad. Este matiz diferenciador, señalado hace ya tantos y tantos años, sigue siendo hoy perfectamente válido: el psicoanálisis se indica atendiendo no menos a la persona que al diagnóstico.

5.4.1.- Indicaciones del análisis según la personalidad

Al considerar el valor individual del sujeto, Freud dice con franqueza (y también con cierta ingenuidad) que *“habremos de rechazar a aquellos enfermos que no posean cierto nivel cultural y condiciones de carácter en las que podamos confiar hasta cierto punto”* (1905, O.C., p. 1011). Esta idea ya había sido expuesta, como hemos comentado, en su trabajo para el libro de Löwenfeld de 1904, donde dice que para tener ciertas garantías de éxito en el tratamiento terapéutico, el paciente debe poseer un estado psíquico normal, un grado suficiente de inteligencia natural y un cierto nivel ético, porque si no el médico ve que no se justifica su esfuerzo y pierde pronto el interés que le capacita para ahondar en la vida anímica del enfermo.

Este punto de vista, sin embargo, sería hoy perfectamente revisable desde la teoría de la contratrasferencia, porque si el analista pierde pronto el interés por un paciente debe suponerse que algo le está sucediendo y, si algo le está sucediendo, lo primero que debe hacer es tratar de dar solución a su problema. Ahora bien, también es cierto que el valor social del individuo influye, de hecho, en las prioridades del analista a la hora de justificar algún tipo de selección entre los pacientes que demandan su ayuda. Cuando los candidatos tomaban enfermos de forma gratuita en la Clínica Racker de Buenos Aires, por ejemplo, se llevaba a cabo siempre una selección previa; pero esta selección no la llevaba a cabo el terapeuta sino la propia Clínica, que daba preferencia a los profesores, médicos, sanitarios y otras personas cuya actividad profesional las ponía en contacto con la comunidad y que, por lo tanto, gravitaban especialmente en la salud mental de la población.

Siempre dentro de las indicaciones que dependen del individuo y no de la enfermedad, Freud considera que la edad crea condiciones desfavorables para el análisis y que las personas próximas a los cincuenta años carecen ya de suficiente plasticidad como para enfrentarse a un cambio drástico en su personalidad. Por otra parte, la acumulación del material a elaborar es de tal magnitud que el análisis se habría de prolongar indefinidamente con estas personas de edad avanzada. Así pues, cuando se trata de personas de mucha edad, la duración del tratamiento, correlativa a la cantidad de material acumulado, resultaría excesiva, coincidiendo acaso su finalización con el comienzo de un período de la vida en el que no se concede ya gran valor a la <<salud nerviosa>>.

El mismo Freud había hecho ya estas observaciones en el artículo titulado *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898), donde además de recordar la gran dificultad que entraña el aprendizaje de esta técnica terapéutica añadía que la terapia psicoanalítica no era, al menos por ahora, aplicable ni a los niños, ni a los adultos mentalmente débiles, ni a los ancianos:

“La terapia psicoanalítica no es, por ahora, generalmente aplicable, presentando que yo sepa, las siguientes limitaciones: exige una determinada madurez intelectual en los enfermos, siendo, por tanto, inútil en los niños y en los adultos mentalmente débiles o incultos. Cuando se trata de personas de mucha edad, la duración

del tratamiento, correlativa a la cantidad de material acumulado, resultaría excesiva...” (1898, O.C., p. 328).

Estas dos limitaciones, edad y cantidad de material, se contemplan hoy con un ánimo mucho más optimista. No hay duda que los años nos hacen menos plásticos; pero también puede un joven ser rígido, ya que esto depende en gran medida de la estructura del carácter, del acorazamiento del carácter, diría Wilhelm Reich (1933). La edad es, sin duda, un factor que ha de ser tenido en cuenta a la hora de recomendar el análisis, pero sin ser decisivo por sí mismo. En su concienzudo estudio sobre las indicaciones y contraindicaciones, Nacht y Lebovici (1959) aceptan en principio que la edad impone un límite al análisis, pero señalan igualmente que la indicación siempre depende de cada caso en particular. Por otra parte, también hay que tener en cuenta que la expectativa de vida ha cambiado notablemente en los últimos años.

En lo que al cúmulo de material se refiere, aún encontramos menos dificultades para justificar su no inclusión entre los factores que desaconsejan la utilización del psicoanálisis como técnica terapéutica. El propio Freud dejó bien claro que los acontecimientos decisivos en la vida de una persona abarcan un número limitado de años -la amnesia infantil- y que, por otra parte, esos acontecimientos cruciales en la biografía del sujeto se repiten sin cesar a lo largo de los años, sobre todo en esa singular historia vital que es la transferencia.

Algo muy semejante parece suceder también con el análisis de niños. Como todos sabemos, Freud fue el primero en aplicar el método psicoanalítico en los niños tomando a su cargo el tratamiento del pequeño Hans, un niño de cinco años con una manifiesta fobia a los caballos (Freud, 1909). Aun cuando Freud realizó ese tratamiento a través del padre de Hans, lo hizo desplegando los principios básicos de la técnica analítica de aquellos tiempos, esto es, interpretando los deseos edípicos y la angustia de castración del pequeño. Al comentar el caso al final de su trabajo, Freud subraya que el análisis de un niño de primera infancia ha venido a corroborar sus teorías de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo y, lo que es más importante para nuestro tema, que el análisis puede aplicarse a los niños sin riesgos para su socialización.

Desgraciadamente, estos avanzados pensamientos freudianos no fueron después retomados a lo largo de su obra. Sólo al final de su vida volvió al tema del análisis infantil en las *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*, donde dice otra vez que el análisis de los niños ha servido no sólo para confirmar en forma viva y directa las teorías elaboradas en el análisis de adultos, sino también para demostrar que los pacientes de edad reducida responden muy bien al tratamiento psicoanalítico, obteniéndose unos resultados halagüeños y duraderos: *“Ha resultado, en efecto, que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los resultados son fundamentales y permanentes”* (1933, O.C., p. 3185).

Vale decir aquí que los primeros analistas de los años veinte, entre ellos la propia A. Freud, discrepaban en muchos puntos de la técnica para analizar niños y en la edad a partir de la cual el tratamiento puede ser aplicado. En

general, se sostenía que un análisis estricto con arreglo a los principios del psicoanálisis sólo podía llevarse a cabo desde los siete u ocho años. En su *Introducción a la técnica del análisis de niños*, Anna Freud (1927) considera que el análisis sólo puede aplicarse a los niños a partir de la latencia y no antes. En la segunda edición de su libro, sin embargo, la autora extiende mucho este límite y piensa que son analizables los niños de primera infancia, desde los dos años. Melanie Klein, por su parte, siempre pensó que los niños podían analizarse en la primera infancia, y de hecho trató a Rita cuando tenía 2 años y 9 meses.

Si dejamos a un lado la apasionada polémica sobre la “*edad de comienzo*”, que tiene uno de sus puntos culminantes en el simposio sobre análisis infantil de la Sociedad Británica de 1927, podemos concluir que la mayoría de los analistas que siguen a Anna Freud y a Melanie Klein piensan que el análisis es aplicable a niños de primera infancia y que prácticamente todos los niños, normales o perturbados, podrían beneficiarse con el análisis. En cuanto al límite de edad, A. Freud señala con toda razón que si el niño ha desarrollado síntomas neuróticos es porque su *yo* se ha opuesto a los impulsos del ello, y esto permite suponer que estará dispuesto a recibir ayuda para triunfar en su lucha.

Añadiremos, también, que la indicación del psicoanálisis en el caso de los niños se hace más compleja y restringida que en los adultos en la medida en que hay más variables en juego. Nos referimos especialmente a la intervención de los padres: debemos contar con su aceptación además de la del propio paciente. La motivación de los padres, el grado de comprensión del problema y la tolerancia del mismo son fundamentales a la hora de plantearse la indicación (Campo, 1993). Un niño que presente una problemática subsidiaria de psicoterapia pero cuyos padres no entiendan la función del terapéutico o no depositen suficiente confianza en el terapeuta, no será un paciente adecuado. En realidad sólo podemos trabajar con niños cuyas necesidades básicas de atención estén resueltas por quienes corresponda ejercer como progenitores.

5.4.2.- Indicaciones del análisis según el diagnóstico

Como es bien sabido, Freud siempre mostró una enorme y juiciosa cautela cuando tuvo que referirse a las indicaciones del análisis según el diagnóstico clínico. Concretamente en un trabajo de 1904 titulado *El método psicoanalítico de Freud*, escrito sin firma de autor para un libro de Löwenfeld sobre la neurosis obsesiva, el creador del psicoanálisis plantea que los casos más favorables para la aplicación de este singular método terapéutico son los casos crónicos y graves de histeria, fobias y abulias, es decir, las neurosis. En los casos en que hay factores psicóticos ostensibles la indicación del análisis no es para él pertinente, aunque deja abierta para el futuro la posibilidad de un abordaje especial de la psicosis. Por supuesto, tampoco lo recomienda en los casos agudos de histeria y en los de agotamiento nervioso. Y descarta, en todo caso, la degeneración mental y los cuadros confusionales.

“Los casos más favorables para su aplicación son los de psiconeurosis crónica, con síntomas poco violentos y peligrosos,

esto es, en primer lugar todas las formas de neurosis obsesivas, ideas o actos obsesivos, aquellas histerias en las que desempeñan un papel principal las fobias y las abulias, y, por último, todas las formas somáticas de la histeria, en tanto no impongan al médico, como en la anorexia, la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma. En los casos agudos de histeria habrá de esperarse la aparición de una fase más tranquila, y en aquellos en los cuales predomina el agotamiento nervioso, deberá evitarse un tratamiento que exige por sí mismo un cierto esfuerzo, no realiza sino muy lentos progresos y tiene que prescindir durante algún tiempo de la subsistencia de los síntomas” (1904, O.C., p. 1006).

En resumen, para el creador del psicoanálisis, sólo las neurosis son accesibles al análisis. Freud, además, fue terminante en este sentido y no varió su posición desde estos primeros trabajos hasta el *Esquema del psicoanálisis* (1924), donde vuelve a decir que sólo el estudio psicoanalítico de las neurosis puede procurar la preparación necesaria para una comprensión de la psicosis y que el psicoanálisis está llamado a hacer posible, en el porvenir, una psiquiatría científica que no tendrá ya que conformarse con la descripción de cuadros patológicos singulares, de estados anímicos incomprensibles y de traumas inexplicables.

Por cierto, un factor del entorno social que influye en gran medida en la motivación para el análisis -y también para su posterior desarrollo-, es que paciente pueda disponer de un *medio* adecuado que lo soporte y contenga cuando falta el analista, es decir en esos intervalos de tiempo que inevitablemente han de surgir entre sesión y sesión, en el fin de semana y en las vacaciones. Una persona que está totalmente sola es siempre muy difícil de analizar. Desde luego que esto puede variar sustancialmente según la enfermedad del paciente y de las posibilidades que cada uno tiene de encontrar compañía, fuera o dentro de sí mismo. En el neurótico, por definición, existe internamente este soporte; pero, aun así, también se necesita un mínimo de apoyo familiar, apoyo que por sus condiciones internas el paciente se procura en la realidad.

Así pues, con los niños y mucho más con los psicóticos, los psicópatas, adictos o perversos, si el medio familiar no presta una ayuda concreta, aunque no sea formal y de tipo racional, la empresa del análisis se hace casi imposible. Y ya no digamos cuando el paciente depende de un medio familiar hostil al análisis, la tarea resulta entonces todavía mucho más difícil, y tanto más si esa dependencia es concreta y real, económica, por ejemplo. Digamos, ya para finalizar, que estos factores, aunque no afecten a la esencia del análisis, deben ser tenidos en cuenta en el momento de la indicación.