

1. La técnica psicoanalítica

1. Delimitación del concepto de psicoterapia

El psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia, y la psicoterapia empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX, cuando se desarrollan dos grandes escuelas sobre la sugestión, en Nancy con Liébeault y Bernheim y en la Salpêtrière con Jean-Martin Charcot.

Por lo que acabo de decir, y sin ánimo de reseñar su historia, he ubicado el nacimiento de la psicoterapia a partir del hipnotismo del siglo XIX. Esta afirmación puede desde luego discutirse, pero ya veremos que tiene también apoyos importantes. Se afirma con frecuencia y con razón que la psicoterapia es un viejo arte y una ciencia nueva; y es esta, la nueva ciencia de la psicoterapia, la que yo ubico en la segunda mitad del siglo pasado. El arte de la psicoterapia, en cambio, tiene antecedentes ilustres y antiquísimos desde Hipócrates al Renacimiento. Vives (1492-1540), Paracelso (1493-1541) y Agripa (1486-1535) inician una gran renovación que culmina en Johann Weyer (1515-1588). Estos grandes pensadores, que promueven, al decir de Zilboorg y Henry (1941), una *primera revolución psiquiátrica*, traen una explicación natural de las causas de la enfermedad mental pero no un concreto tratamiento psíquico. A Paracelso asigna Frieda Fromm-Reichmann (1950) la paternidad de la psicoterapia, que asienta a la vez —dice ella— en el sentido común y la comprensión de la naturaleza humana; pero, si fuera así, estaríamos frente a un hecho desgajado del proceso histórico; por esto prefiero ubicar a Paracelso entre los precursores y no entre los creadores de la psicoterapia científica. Con el mismo razonamiento de Frieda Fromm-Reichmann podríamos asignar a Vives, Agripa o Weyer esa paternidad.

Tienen que pasar todavía cerca de tres siglos para que a estos renovadores los continúen otros hombres que, ellos sí, pueden ubicarse en los albores de la psicoterapia. Son los grandes psiquiatras que nacen con y de la Revolución Francesa. El mayor de ellos es Pinel y a su lado, aunque en otra categoría, vamos a ubicar a Mesmer: son precursores, aunque no todavía psicoterapeutas.

En los últimos años del siglo XVIII, cuando implanta su heroica *reforma hospitalaria*, Pinel (1745-1826) introduce un enfoque humano, digno y racional, de gran valor terapéutico en el trato con el enfermo. Más adelante, su brillante discípulo Esquirol (1772-1840) crea un tratamiento re-

gular y sistemático en que confluyen diversos factores ambientales y psicológicos, que se conoce desde entonces como tratamiento moral.

El *tratamiento moral* de Pinel y Esquirol, que estudió críticamente Claudio Bermann en las ya lejanas *Jornadas de Psicoterapia* (Córdoba, 1962), mantiene aún su importancia y frescura. Es el conjunto de medidas *no físicas* que preservan y levantan la moral del enfermo, especialmente el hospitalizado, evitando los graves artefactos iatrógenos del medio institucional. El tratamiento moral, sin embargo, por su carácter anónimo e impersonal, no alcanza a ser psicoterapia, es decir, pertenece a otra clase de instrumentos.

Las audaces concepciones de Messmer (1734-1815) fueron extendiéndose rápidamente, sobre todo desde los trabajos de James Braid (1795-1860) hacia 1840. Cuando Liébeault (1823-1904) convierte su humilde consultorio rural en el más importante centro de investigación del hipnotismo en todo el mundo, la nueva técnica, que veinte años antes habla recibido de Braid, un cirujano inglés, nombre y respaldo, se aplica al par como instrumento de investigación y de asistencia; Liébeault la usa para mostrar «la influencia de la moral sobre el cuerpo» y curar al enfermo; y es tal la importancia de sus trabajos que la ya citada obra de Zilboorg y Henry no vacila en ubicar en Nancy el comienzo de la psicoterapia.

Aceptaremos con un reparo esta afirmación. El tratamiento hipnótico que inaugura Liébeault es personal y directo, se dirige al enfermo; pero le falta todavía algo para ser psicoterapia; el enfermo recibe la influencia curativa del médico en actitud totalmente pasiva. Desde este punto de vista más exigente, el tratamiento de Liébeault es, pues, personal, pero no *interpersonal*.

Cuando Hyppolyte Bernheim (1837-1919), siguiendo la investigación en Nancy, pone cada vez más énfasis en la *sugestión* como fuente del efecto hipnótico y motor de la conducta humana, se perfila la interacción médico-paciente que es, a mi juicio, una de las características definitorias de la psicoterapia. En sus *Nuevos estudios* (1891) Bernheim se ocupa, efectivamente, de la histeria, la sugestión y la psicoterapia.

Poco después, en los trabajos de Janet en París y de Breuer y Freud en Viena, donde la relación interpersonal es patente, resuena ya la primera melodía de la psicoterapia. Como veremos en seguida, es mérito de Sigmund Freud (1856-1939) llevar a la psicoterapia al nivel científico, con la introducción del psicoanálisis. Desde aquel momento, será *psicoterapia* un tratamiento dirigido a la psiquis, en un marco de relación interpersonal, y con respaldo en una teoría científica de la personalidad.

Repetamos los rasgos característicos que destacan la psicoterapia por su devenir histórico. Por su *método*, la psicoterapia se dirige a la psiquis por la única vía practicable, la comunicación; su *instrumento* de comunicación es la palabra (o mejor dicho el lenguaje verbal y preverbal), «fármaco» y a la vez mensaje; su *marco*, la relación interpersonal médico-enfermo. Por último, la finalidad de la psicoterapia es curar, y todo proceso de comunicación que no tenga ese propósito (enseñanza, adoctrinamiento, catequesis) nunca será psicoterapia.

Mientras llegan al máximo desarrollo los métodos científicos de la psicoterapia sugestiva e hipnótica se inicia una nueva investigación que ha de operar un giro copernicano en la teoría y la praxis de la psicoterapia. Hacia 1880, Joseph Breuer (1842-1925), al aplicar la técnica hipnótica en una paciente que en los anales de nuestra disciplina se llamó desde entonces Anna O. (y cuyo verdadero nombre es Berta Pappenheim), se encontró practicando una forma radicalmente distinta de psicoterapia.¹

2. El método catártico y los comienzos del psicoanálisis

La evolución que lleva en pocos años desde el método de Breuer hasta el psicoanálisis se debe al genio y al esfuerzo de Freud. En la primera década de nuestro siglo el psicoanálisis se presenta ya como un cuerpo de doctrina coherente y de amplio desarrollo. En esos años, Freud escribió dos artículos sobre la naturaleza y los métodos de la psicoterapia: «El método psicoanalítico de Freud» (1904a) y «Sobre psicoterapia» (1905a). Estos dos trabajos son importantes desde el punto de vista histórico y, si se leen con atención, nos revelan aquí y allá los gérmenes de las ideas técnicas que Freud va a desarrollar en los escritos de la segunda década del siglo.

Vale la pena mencionar aquí un cambio interesante en nuestros conocimientos sobre un tercer artículo de Freud, titulado «Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)», que durante mucho tiempo se dató en 1905, cuando en realidad fue escrito en 1890. El profesor Saul Rosenzweig, de la Washington University de Saint Louis encontró, en 1966, que este artículo, que se incluyó en la *Gesammelte Werke* y en la *Standard Edition* como publicado en 1905, en realidad se publicó en 1890 en la primera edición de *Die Gesundheit* (La salud), un manual de medicina con artículos de diversos autores. En 1905 se publicó la tercera edición de esta enciclopedia.² Ahora que sabemos la fecha real de su aparición, no nos sorprende la gran diferencia entre este artículo y los dos que a continuación vamos a comentar.

El trabajo de 1904, escrito sin firma de autor para un libro de Löwenfeld sobre la neurosis obsesiva, deslinda clara y decididamente el psicoanálisis del método catártico y a este de todos los otros procedimientos de la psicoterapia.

A partir del magno descubrimiento de la sugestión en Nancy y la Salpêtrière se recortan tres etapas en el tratamiento de las neurosis. En la primera se utiliza la sugestión, y después otros procedimientos de ella derivados, para inducir una conducta sana en el paciente. Breuer renuncia a esta técnica y utiliza el hipnotismo, no para que el paciente olvide sino

¹ Strachey informa que el tratamiento de Anna O. se extendió desde 1880 a 1882. (Véase la «Introducción» de James Strachey a los *Estudios sobre la histeria*, en S. Freud, *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 24 vols., 1978-85, 2, pág. 5 [en adelante, *AE*]).

² Véase J. Strachey, «Introducción», en *AE*, 1, págs. 69-75.

para que exponga sus pensamientos. Anna O., la célebre enferma de Breuer, llamaba a esto *la cura de hablar* («*talking cure*»). Breuer dio así un paso decisivo al emplear la hipnosis (o la sugestión hipnótica) no para que el paciente abandone sus síntomas o se encamine a conductas más sanas, sino para darle la oportunidad de hablar y recordar, base del *método catártico*; y el otro paso lo dará el mismo Freud cuando abandone el hipnotismo.

En los *Estudios sobre la histeria* de Breuer y Freud (1895) puede seguirse la hermosa historia del psicoanálisis desde Emmy von N., donde Freud opera con la hipnosis, la electroterapia y el masaje, hasta Elisabeth von R., a la que ya trata sin hipnosis, y con quien establece un diálogo verdadero, del que tanto aprende. La historia clínica de Elisabeth muestra a Freud utilizando un procedimiento intermedio entre el método de Breuer y el psicoanálisis propiamente dicho, que consistía en estimular y presionar al enfermo para el recuerdo.

Cuando la historia clínica de Elisabeth termina está terminado también el *método de la coerción asociativa* como tránsito al psicoanálisis, ese diálogo singular entre dos personas que son, dice Freud, igualmente dueñas de sí.

En «Sobre psicoterapia» (1905a), una conferencia pronunciada en el Colegio Médico de Viena el 12 de diciembre de 1904, que se publicó en la *Wiener Medical Presse* del mes de enero siguiente, Freud establece una convincente diferencia entre el psicoanálisis (y el método catártico) y las otras formas de psicoterapia que hasta ese momento existían. Esta diferencia introduce una ruptura que provoca, como dicen Zilboorg y Henry (1941), la *segunda revolución* en la historia de la psiquiatría. Para explicarla, Freud se basa en ese hermoso modelo de Leonardo que diferencia las artes plásticas que operan *per via di porre* y *per via di levare*. La pintura cubre de colores la tela vacía, y así la sugestión, la persuasión y los otros métodos que *agregan* algo para modificar la imagen de la personalidad; en cambio el psicoanálisis, como la escultura, saca lo que está de más para que surja la estatua que dormía en el mármol. Esta es la diferencia sustancial entre los métodos anteriores y posteriores a Freud. Desde luego que después de Freud, y por su influencia, aparecen métodos como el neopsicoanálisis o el ontoanálisis que también actúan *per via di levare*, es decir, que tratan de liberar a la personalidad de lo que le está impidiendo tomar su forma pura, su forma auténtica; pero esta es una evolución ulterior que no nos importa discutir en este momento. Lo que sí nos interesa es diferenciar entre el método del psicoanálisis y las otras psicoterapias de inspiración sugestiva, que son represivas y actúan *per via di porre*.

Surge de la discusión precedente que hay una relación muy grande entre la teoría y la técnica de la psicoterapia, un punto que el mismo Freud señala en su artículo de 1904 y que Heinz Hartmann estudió a lo largo de su obra, por ejemplo al comienzo de su «Technical implications of ego psychology» (1951). En psicoanálisis es este un punto fundamental:

siempre hay una técnica que configura una teoría, y una teoría que fundamenta una técnica. Esta interacción permanente de teoría y técnica es privativa del psicoanálisis porque, como dice Hartmann, la técnica determina el método de observación del psicoanálisis. En algunas áreas de las ciencias sociales se da un fenómeno similar; pero no es ineludible como en el psicoanálisis y la psicoterapia. Sólo en el psicoanálisis podemos ver cómo un determinado abordaje técnico conduce en forma inexorable a una teoría (de la curación, de la enfermedad, de la personalidad, etc.), que a su vez gravita retroactivamente sobre la técnica y la modifica para hacerla coherente con los nuevos hallazgos; y así indefinidamente. En esto se basa, tal vez, la denominación algo pretenciosa de *teoría de la técnica*, que intenta no sólo dar un respaldo teórico a la técnica sino también señalar la inextricable unión de ambas. Veremos a lo largo de este libro que cada vez que se trata de entender a fondo un problema técnico se pasa insensiblemente al terreno de la teoría.

3. Las teorías del método catártico

Lo que introduce Breuer, pues, es una modificación técnica que lleva a nuevas teorías de la enfermedad y de la curación. Estas teorías no sólo se pueden verificar con la técnica sino que, en la medida en que se refutan o se sostienen, inciden sobre ella.

La técnica catártica descubre un hecho sorprendente, la *disociación de la conciencia*, que se hace visible a ese método en cuanto produce una *ampliación de la conciencia*. La disociación de la conciencia cristaliza en dos teorías fundamentales, y en tres, si se agrega la de Janet. Breuer postula que la causa del fenómeno de disociación de la conciencia es el *estado hipnoide*, mientras que Freud se inclina a atribuirlo a un trauma.³

La explicación de Janet remite a la *labilidad de la síntesis psíquica*, un hecho neurofisiológico, constitucional, que apoya en la teoría de la degeneración mental de Morel. De este modo, si para que una psicoterapia sea científica le exigimos armonía entre su teoría y su técnica, el método de Janet no llega a serlo. En cuanto sostiene que la disociación de la conciencia se debe a una labilidad constitucional para lograr la síntesis de los fenómenos de conciencia, y adscribe esa disociación a la doctrina de la degeneración mental de Morel, es decir a una causa biológica, orgánica, la explicación de Janet no abre camino a ningún procedimiento psicológico científico sino, a lo sumo, a una psicoterapia inspiracional (que por lo demás a la larga actuará *per via di porre*), nunca a una psicoterapia coherente con su teoría, y por tanto etiológica.

La teoría de Breuer y sobre todo la de Freud, en cambio, son psicoló-

³ Para mayores detalles, véase la «Comunicación preliminar» que Breuer y Freud publicaron en 1893, y que se incorporó como capítulo I en los *Estudios sobre la histeria* (AE, 2, págs. 27-43).

gicas. La *teoría de los estados hipnoides* postula que la disociación de la conciencia se debe a que un determinado acontecimiento encuentra al individuo en una situación especial, el estado hipnoide, y por esto queda segregado de la conciencia. El estado hipnoide puede depender de una razón neurofisiológica (la fatiga, por ejemplo, de modo que la corteza queda en estado refractario) y también de un acontecimiento emotivo, psicológico. De acuerdo con esta teoría, que oscila entre la psicología y la biología, lo que se logra con el método catártico es retrotraer al individuo al punto en que se había producido la disociación de la conciencia (por el estado hipnoide) para que el acontecimiento ingrese al curso asociativo normal y, consiguientemente, pueda ser «desgastado» e integrado a la conciencia.

La hipótesis de Freud, la *teoría del trauma*, era ya puramente psicológica, y fue la que en definitiva los hechos empíricos apoyaron. Freud defendía el origen traumático de la disociación de la conciencia: era el acontecimiento mismo que, por su índole, se hacía rechazable de y *por* la conciencia. El estado hipnoide no había intervenido, o habría intervenido subsidiariamente; lo decisivo era el hecho traumático que el individuo segregó de su conciencia.

De todos modos, y sin entrar a discutir estas teorías,⁴ lo que importa para el razonamiento que estamos haciendo es que una *técnica*, la hipnosis catártica, llevó a un descubrimiento, la disociación de la conciencia, y a ciertas teorías (del trauma, de los estados hipnoides), que, a su vez, llevaron a modificar la técnica.

Según la teoría traumática, lo que hacía la hipnosis era ampliar el campo de la conciencia para que el hecho segregado volviera a incorporársele; pero esto podría lograrse también por otros métodos, con otra técnica.

4. La nueva técnica de Freud: el psicoanálisis

Freud siempre se declaró mal hipnotizador, tal vez porque ese método no satisfacía su curiosidad científica; y fue así como se decidió a abandonar la hipnosis y a elaborar una nueva técnica para llegar al trauma, más acorde con su idea de la razón psicológica de querer olvidar el acontecimiento traumático. Pudo dar este intrépido paso cuando recordó la famosa experiencia de Bernheim de la *sugestión poshipnótica*⁵ y, sobre esta base, cambió su técnica y en lugar de hipnotizar a sus pacientes empezó a estimularlos, a concitarlos al recuerdo. Así operó Freud con Miss

⁴ Gregorio Klimovsky ha utilizado las teorías de los *Estudios sobre la histeria* para analizar la estructura de las teorías psicoanalíticas.

⁵ Cuando Bernheim daba a una persona en trance hipnótico la orden de hacer algo luego de despertar, la orden se cumplía exactamente, y el autor no podía explicar el porqué de sus actos y apelaba a explicaciones triviales. Sin embargo, si Bernheim no se conformaba con esas *racionalizaciones* (como las llamaría Jones muchos años después), el sujeto terminaba por recordar la orden recibida en trance.

Lucy y sobre todo con Elisabeth von R. /y esta nueva técnica, la *coerción asociativa*/lo enfrentó con nuevos hechos que habrían de modificar otra vez sus teorías.✱

La coerción asociativa le confirma a Freud que las cosas se olvidan cuando no se las quiere recordar, porque son dolorosas, feas y desagradables, contrarias a la ética y/o a la estética. Ese proceso, ese olvido, se reproducía también ante sus ojos en el tratamiento, y entonces encontraba que Elisabeth *no quería* recordar, que había una fuerza que se oponía al recuerdo. Así hace Freud el descubrimiento de la *resistencia*, piedra angular del psicoanálisis. Lo que en el momento del trauma condicionó el olvido es lo que en este momento, en el tratamiento, condiciona la resistencia: hay un juego de fuerzas, un *conflicto* entre el deseo de recordár y el de olvidar. Entonces, si esto es así, ya no se justifica ejercer la coerción, porque siempre se va a tropezar con la resistencia. Mejor será dejar que el paciente hable, que hable libremente. Así, una nueva teoría, la teoría de la resistencia, lleva a una nueva técnica, la *asociación libre*, propia del psicoanálisis, que se introduce como un precepto técnico, la *regla fundamental*.

Con el instrumento técnico recién creado, la asociación libre, se van a descubrir nuevos hechos, frente a los cuales la teoría del trauma y la del recuerdo ceden gradualmente su lugar a la teoría sexual. El conflicto no es ya solamente entre recordar y olvidar, sino también entre fuerzas instintivas y fuerzas represoras.

A partir de aquí los descubrimientos se multiplican: la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, el inconciente con sus leyes y sus contenidos, la teoría de la transferencia, etc. En este nuevo contexto de descubrimientos aparece la *interpretación* como instrumento técnico fundamental y en un todo de acuerdo con las nuevas hipótesis. En cuanto sólo se proponían recuperar un recuerdo, ni el método catártico ni la coerción asociativa necesitaban de la interpretación; ahora es distinto, ahora hay que darle al individuo informes precisos sobre sí mismo y sobre lo que le pasa, y que él sin embargo ignora, para que pueda comprender su realidad psicológica: a esto le llamamos interpretar.

En otras palabras, en la primera década del siglo la teoría de la resistencia se amplía vigorosamente en dos sentidos: se descubre por una parte lo inconciente (lo resistido) con sus leyes (condensación, desplazamiento) y sus contenidos (la teoría de la libido) y surge, por otro lado, la teoría de la transferencia, una forma precisa de definir la relación médico-paciente, ya que la resistencia se da siempre en términos de la relación con el médico.

Los primeros atisbos del descubrimiento de la transferencia, como veremos en el capítulo 7, se encuentran en los *Estudios sobre la histeria* (1895^d); y en el epílogo de «Dora», escrito en enero de 1901 y publicado en 1905,⁶ ya Freud comprende el fenómeno de la transferencia prácticamente en su totalidad. Es justamente a partir de ese momento cuando la

⁶ «Fragmento de análisis de un caso de histeria», *AE*, 7, págs. 98 y sigs.

nueva teoría empieza a incidir en la técnica e imprime su sello a los «Consejos al médico» (1912e) y a «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c), trabajos contemporáneos de «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b).

La inmediata repercusión sobre la técnica de la teoría de la transferencia es una reformulación de la relación analítica, que queda definida en términos precisos y rigurosos. El encuadre, ya lo veremos, no es más que la respuesta técnica de lo que Freud había comprendido en la clínica sobre la peculiar relación del analista y su analizado. Para que la transferencia surja claramente y pueda analizarse, decía Freud en 1912, el analista debe ocupar el lugar de un espejo que sólo refleja lo que le es mostrado (hoy diríamos lo que el paciente le proyecta). Cuando Freud formula sus «Consejos», la *belle époque* de la técnica en que invitaba con té y arenques al «Hombre de las Ratas» (Freud, 1909d) se ha clausurado definitivamente.

Se comprende la coherencia que hay en este punto entre teoría y técnica; el médico no debe mostrar nada de sí: sin dejarse envolver en las redes de la transferencia, se limitará a devolver al paciente lo que él ha colocado sobre el terso espejo de su técnica. Por esto dice Freud (1915a) al estudiar el amor de transferencia, que el análisis debe desarrollarse en abstinencia, y esto sanciona el cambio sustancial de la técnica en la segunda década del siglo. Si no existiera una teoría de la transferencia, no tendrían razón de ser estos consejos, del todo innecesarios en el método catártico o en el primitivo psicoanálisis de la coerción asociativa. Vemos aquí pues, nuevamente, esta singular interacción entre teoría y técnica que señalamos como específica del psicoanálisis.

Hemos tratado con cierto detalle la teoría de la transferencia porque ilustra muy claramente la tesis que estamos desarrollando. A medida que Freud toma conciencia de la transferencia, de su intensidad, de su complejidad y de su espontaneidad (aunque esto se discuta), se le impone un cambio radical en el encuadre. El laxo encuadre del «Hombre de las Ratas» podrá incluir té, sándwiches y arenques, pues Freud no sabe aún hasta dónde llega la rebeldía y la rivalidad en la transferencia paterna.⁷

La modificación del encuadre que se hace más riguroso en virtud de la teoría de la transferencia permite a su vez una precisión mayor para apreciar el fenómeno, en cuanto un encuadre más estricto y estable evita contaminarlo y lo hace más nítido, más trasparente.

Este proceso no fue lento y siguió después de Freud. Basta releer la historia de Ricardito, analizado en 1941, para ver a Melanie Klein depurando su técnica, y la de todos nosotros, cuando llega con un paquete para su nieto y se da cuenta de que su paciente responde con envidia, celos y sentimientos de persecución (sesión 76). Comprende que ha cometido un error, que eso no se debe hacer (M. Klein, 1961). Sólo un largo proceso de interacción entre la práctica y la teoría llevó a que el encuadre se hi-

⁷ Véase, respecto de esto, el trabajo de David Rosenfeld presentado al Congreso de Nueva York, de 1979, y publicado en el *International Journal of Psycho-Analysis* de 1980.

ciera cada vez más estricto y, consiguientemente, más idóneo y confiable.

Nos hemos detenido en la interacción entre teoría y técnica porque esto nos permite comprender la importancia de estudiar simultáneamente ambos campos y afirmar que una buena formación psicoanalítica debe respetar esta valiosa cualidad de nuestra disciplina, en la que se integran armoniosamente la especulación y la praxis.

5. Teoría, técnica y ética

Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, queriendo señalar que por una condición especial, intrínseca de esta disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad, esto es, curarse. Esta circunstancia no sólo vale como un principio filosófico sino que es también un hecho empírico de la investigación freudiana. Podría no haber sido así; pero, de hecho, el gran hallazgo de Freud consiste en que descubriendo determinadas situaciones (traumas, recuerdos o conflictos) los síntomas de la enfermedad se modifican y la personalidad se enriquece, se amplía y se reorganiza. Esta curiosa circunstancia unifica en una sola actitud la cura y la investigación, como lo expuso lúcidamente Hanna Segal (1962) en el «Simposio de factores curativos» del Congreso de Edimburgo. También Bleger abordó este punto al hablar de la entrevista psicológica en 1971.

Así como hay una correlación estricta de la teoría psicoanalítica con la técnica y con la investigación, también se da en el psicoanálisis, en forma singular, la relación entre la técnica y la ética. Hasta puede decirse que la ética es una parte de la técnica o, de otra forma, que lo que da coherencia y sentido a las normas técnicas del psicoanálisis es su raíz ética. La ética se integra en la teoría científica del psicoanálisis no como una simple aspiración moral sino como una necesidad de su praxis.

Las fallas de ética del psicoanalista revierten ineludiblemente en fallencias 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. La disociación entre la teoría y la praxis, lamentable siempre, en psicoanálisis lo es doblemente porque daña nuestro instrumento de trabajo. En otras disciplinas es hasta cierto punto factible mantener una disociación entre la profesión y la vida, pero esto le resulta imposible al analista.

Nadie va a pretender que el analista no tenga fallas, debilidades, dobleces o disociaciones, pero sí que pueda aceptarlas en su fuero interno por consideración al método, a la verdad y al enfermo. Es que el analista tiene como instrumento de trabajo su propio inconciente, su propia personalidad; y de ahí que la relación de la técnica con la ética se haga tan apremiante e indisoluble.

Uno de los principios que nos propuso Freud, y que es a la vez técnico, teórico y ético, es que no debemos ceder al *furor curandis*; y hoy sabemos sin lugar a dudas que el *furor curandis* es un problema de contratrasferencia. Este principio, sin embargo, no viene a modificar lo que acabo de decir, porque no hay que perder de vista que Freud nos previene del *furor curandis*, diferente del deseo de curar en cuanto significa cumplir con nuestra tarea.⁸

El tema del *furor curandis* nos vuelve al de la ética, porque la prevención de Freud no es más que una aplicación de un principio más general, la *regla de abstinencia*. El análisis, afirma Freud en el Congreso de Nuremberg (1910d) y lo reitera muchas veces (1915a, 1919a, etc.), tiene que transcurrir en privación, en frustración, en abstinencia. Esta regla se puede entender de muchas formas; pero, de todos modos, nadie dudará de que Freud ha querido decir que el analista no puede darle al paciente satisfacciones directas, porque en cuanto este las logra el proceso se detiene, se desvía, se pervierte. En otros términos, podría decirse que la satisfacción directa quita al paciente la capacidad de simbolizar. 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 dar al analizado satisfacciones directas tiene su corolario en el principio ético de no aceptar las que él pueda ofrecernos. Así como nosotros no podemos satisfacer la curiosidad del paciente, por ejemplo, tampoco podemos satisfacer la nuestra. Desde el punto de vista del analista, lo que el analizado dice son sólo asociaciones, cumplen la regla fundamental; y lo que asocia sólo puede ser considerado como un informe pertinente a su caso.

Lo que acabamos de decir abarca el problema del secreto profesional y lo redefine en una forma más estricta y rigurosa, en cuanto pasa a ser para el analista un aspecto de la regla de abstinencia. En la medida en que el analista no puede tomar lo que dice el analizado sino como material, en realidad este nunca le informa nada; nada que haya dicho el paciente puede el analista decir que ha sido dicho, porque el analizado sólo ha dado su material. Y material es, por definición, lo que nos informa sobre el mundo interno del paciente.

La atención flotante implica recibir en la misma forma todas las asociaciones del enfermo; y en cuanto el analista pretende obtener de ellas alguna información que no sea pertinente a la situación analítica está funcionando mal, se ha transformado en un niño (cuando no en un perverso) escoptofilico. La experiencia muestra, además, que cuando la atención flotante se perturba es que está operando, en general, alguna proyección del analizado. Por tanto, el trastorno del analista debe ser considerado un problema de contratrasferencia o de contraidentificación proyectiva, si seguimos a Grinberg (1963, etc.)

⁸ Sobre la propuesta de Bion (1967) de que el analista trabaje «sin memoria y sin deseo», algo tendremos que decir más adelante, lo mismo que del «deseo del analista» de Lacan (1958).

Lo que acabo de exponer no es sólo un principio técnico y ético sino también una saludable medida de higiene mental, de protección para el analista. Como dice Freud en «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910k), 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. No se me oculta lo difícil que es establecer y mantener esta actitud en la práctica, pero pienso que en la medida que lo comprendemos nos es más fácil cumplirlo. La norma fundamental es, otra vez, la regla de abstinencia: en cuanto una información no viola la regla de abstinencia es pertinente y es simplemente material; si no es así, la regla de abstinencia ha sido trasgredida. A veces, es sólo el sentimiento del analista, y en última instancia su contratrasferencia, lo que puede ayudarlo en esta difícil discriminación.

El principio que acabo de enunciar no debe tomarse nunca de manera rígida y sin plasticidad. Alguna información general que puede darnos el paciente colateralmente puede ser aceptada como tal sin violar las normas de nuestro trabajo,⁹ del mismo modo que puede haber desviaciones que no configuren una falta, en cuanto están dentro de los usos culturales y se dan o se reciben sin perder de vista el movimiento general del proceso. Pero queda en pie la norma básica de que ninguna intervención del analista es válida si viola la regla de abstinencia.

⁹ Por ejemplo, que el analizado nos informe que el ascensor no funciona.

2. Indicaciones y contraindicaciones según el diagnóstico y otras particularidades

Las indicaciones terapéuticas del psicoanálisis son un tema que vale la pena discutir, no solamente por su importancia práctica, sino porque a poco que se lo estudia revela un trasfondo teórico de verdadera complejidad.

1. Las opiniones de Freud

Indicaciones y contraindicaciones fueron fijadas lúcidamente por Freud en la ya mencionada conferencia en el Colegio Médico de Viena, el 12 de diciembre de 1904. Empieza allí Freud por presentar la psicoterapia como un procedimiento médico-científico y luego delimita sus dos modalidades fundamentales, expresiva y represiva, tomando el bello modelo de Leonardo de las artes plásticas.

En el curso de su conferencia Freud hace hincapié en las contraindicaciones del psicoanálisis, para reivindicar finalmente su campo específico, las neurosis (lo que hoy llamamos neurosis).

En esta conferencia, y también en el trabajo que escribió poco antes por encargo de Löwenfeld, Freud afirmó, y es un pensamiento muy original, que la indicación de la terapia psicoanalítica no sólo debe hacerse por la enfermedad del sujeto, sino también por su personalidad. Esta diferencia sigue siendo válida: el psicoanálisis se indica atendiendo no menos a la persona que al diagnóstico.

Al considerar el *individuo*, Freud dice con franqueza (y también con cierta ingenuidad) que «debe rechazarse a los enfermos que no posean cierto grado de cultura y un carácter en alguna medida confiable» (*AE*, 7, pág. 253). Esta idea ya había sido expuesta, como acabamos de ver, en el trabajo para el libro de Löwenfeld, donde dice que el paciente debe poseer un estado psíquico normal, un grado suficiente de inteligencia y un cierto nivel ético, porque si no el médico pierde pronto el interés y verá que no se justifica su esfuerzo. Este punto de vista, sin embargo, sería hoy revisable desde la teoría de la contratrasferencia, porque si el analista pierde su interés debe suponerse que algo le pasa. Por otra parte, se lo podría refutar hasta con argumentos del mismo Freud, que muchas veces afirmó que nadie sabe las potencialidades que pueden yacer en un individuo enfermo.

Desde otra vertiente, sin embargo, el valor (social) del individuo

influye, de hecho, en las prioridades del tiempo del analista, en forma tal que quizá pueda justificar algún tipo de selección. Cuando los candidatos tomaban enfermos gratuitos (o casi gratuitos) en la Clínica Racker de Buenos Aires, había selección; pero no la hacía el terapeuta sino la clínica, que daba preferencia a maestros, profesores, enfermeros y otras personas cuya actividad las ponía en contacto con la comunidad y que, por lo tanto, gravitaban especialmente en la salud mental de la población. La selección del propio analista, en cambio, es siempre riesgosa, ya que puede complicarla un factor de contrasferencia, que en casos extremos linda con la megalomanía y el narcisismo.

Siempre dentro de las indicaciones que dependen del individuo y no de la enfermedad, Freud considera que la *edad* pone un límite al análisis y que las personas próximas a los cincuenta años carecen ya de suficiente plasticidad; por otra parte, la masa del material a elaborar es de tal magnitud que el análisis se prolongaría indefinidamente. Freud ya había hecho estas mismas observaciones en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898a), donde afirma que el análisis no es aplicable ni a los niños ni a los ancianos (*AE*, 3, pág. 274).

Estos dos factores se contemplan hoy con ánimo 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, pues, un factor a tener en cuenta, sin ser decisivo por sí mismo. En su minucioso estudio de las indicaciones y contraindicaciones, Nacht y Lebovici (1958) aceptan en principio que la edad impone un límite al análisis, pero señalan enfáticamente que la indicación siempre depende del caso particular. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la expectativa de vida cambió notablemente en los últimos años.

Menos aún consideramos actualmente como un obstáculo el cúmulo de material, ya que el propio Freud nos enseñó que los acontecimientos decisivos abarcan un número limitado de años —la amnesia infantil—; y, por otra parte, esos acontecimientos se repiten sin cesar a lo largo de los años y concretamente en esa singular historia vital que es la trasferencia.

Si bien las prevenciones de Freud no nos obligan hoy tanto como antes, de todos modos la edad avanzada plantea siempre un problema delicado, que el analista debe encarar con equilibrio y conciencia. Al resolverse a dedicar su tiempo a un hombre mayor o reservarlo para otro de más larga expectativa de vida, el analista se enfrenta con un problema humano y social. Como es la regla en análisis, aquí tampoco podremos dar una norma fija. La indicación dependerá del paciente y del criterio del analista, porque la expectativa de vida es determinante para el demógrafo pero no para este último, que sólo debe mirar a la persona concreta. ¿Hay un momento en que socialmente ya no es justificable para un viejo el análisis? Tampoco aquí podemos hacer ninguna inferencia definitiva, porque alguna gente muere pronto y otra muy tarde. Kant publicó la *Crítica de la razón pura* cuando tenía 57 años y ya se había jubilado de profesor en Königsberg, de modo que si este modesto profesor

de filosofía retirado me hubiera venido a ver para analizarse por una inhibición para escribir, tal vez yo, muy seguro de mí mismo, ¡lo habría rechazado por su avanzada edad!

Por suerte, nuestro criterio se ha ido modificando, se ha hecho más elástico. Hay un trabajo de Hanna Segal (1958) donde relata el análisis de un hombre de 74 años que tuvo un curso excelente, y Pearl S. King (1980) trató el tema en su relato del Congreso de Nueva York con una profundidad que no deja dudas sobre la eficacia del análisis en personas de edad. King hace sobre todo hincapié en que los problemas del ciclo vital de estos pacientes aparecen nítidamente en la transferencia, donde se los puede aprehender y resolver por métodos estrictamente psicoanalíticos.

Este tema fue abordado hace muchos años por Abraham (1919b). A diferencia de Freud y de la mayoría de los analistas de entonces, Abraham sostenía «que la edad de la neurosis es más importante que la edad del paciente» (*Psicoanálisis clínico*, cap. 16, pág. 241) y presentó varios historiales de personas de más de 50 años que respondieron muy bien al tratamiento psicoanalítico.

2. Indicaciones de Freud según el diagnóstico

Con respecto a las indicaciones del análisis *según el diagnóstico clínico*, es admirable la cautela con que Freud las discute. Concretamente, considera el psicoanálisis como método de elección en 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 deje abierta para el futuro la posibilidad de un abordaje especial de la psicosis. Tampoco lo recomienda en casos agudos de histeria y en el agotamiento nervioso. Y descarta, desde luego, la degeneración mental y los cuadros confusionales.

En resumen, sólo el núcleo nosográficamente reducido pero epidemiológicamente extenso de la neurosis es accesible al análisis: Freud, en este sentido, fue terminante y no varió su posición desde estos trabajos hasta el *Esquema del psicoanálisis* (1940a), donde vuelve a decir, al comienzo del capítulo VI, que el yo del psicótico no puede prestarse al trabajo analítico, al menos hasta que encontremos un plan que se le adapte mejor. (*AE*, 23, pág. 174).

Es innegable, sin embargo, que algo ha cambiado en lo que va del siglo, y que se abrieron caminos importantes a partir del psicoanálisis infantil (que propició entre otros su hija Anna) y las nuevas teorías de la personalidad que abarcan el primer año de la vida y dan posibilidades de acceso a las enfermedades que, desde Freud y Abraham (1924), se sabía que tienen su punto de fijación en esa época.

Aunque Freud insistió siempre en que sólo había que tratar a los neuróticos, sus propios casos al parecer no siempre lo eran. Con fundamento podríamos diagnosticar a «Dora» de psicopatía histérica, y de

fronterizo al «Hombre de los Lobos», que desarrolló después una clara psicosis paranoide por la que hubo de tratarlo Ruth Mack-Brunswick a fines de 1926 por unos meses, como informa su trabajo de 1928. Dicho sea de paso, Freud mismo hizo el diagnóstico e indicó el tratamiento, que comentó con satisfacción en «Análisis terminable e interminable» (1937c). Las opiniones de Freud, pues, deben considerarse con sentido crítico, como lo hace Leo Stone (1954). Una prueba del criterio amplio de Freud para indicar el tratamiento podemos encontrarla, sin ir más lejos, en la misma conferencia del 12 de diciembre de 1904, cuando pone el ejemplo de una (grave) psicosis maníaco-depresiva que él mismo trató (o intentó tratar).

Digamos, para terminar, que las indicaciones de Freud son por demás sensatas; los casos francos de psicosis, perversión, adicción y psicopatía son siempre difíciles y hay que pensar detenidamente antes de tomarlos. Son pacientes que ponen a prueba al analista y que sólo en circunstancias muy felices pueden llevarse a buen puerto. (Volveremos sobre esto al tratar los criterios de analizabilidad en el capítulo 3.)

En sus dos artículos de comienzos de siglo, Freud señala que los casos agudos o las emergencias no son de resorte del psicoanálisis; menciona, por ejemplo, la anorexia nerviosa como una contraindicación. (Por extensión, lo mismo podríamos decir del enfermo con tendencias suicidas, el melancólico, principalmente.)

En su conferencia de 1904 Freud afirmó que el análisis no es un método peligroso si se lo practica adecuadamente, lo que merece un momento de reflexión. Yo creo que Freud con esto quiere decir algo que es cierto para los prevenidos médicos que lo escuchan en el Colegio de Viena: el análisis no es peligroso porque no lleva a nadie por el mal camino, no va a transformar a nadie en loco, perverso o inmoral; y es necesario subrayar que Freud dice que el análisis no puede dañar al paciente *si se lo practica adecuadamente*. Es innegable, sin embargo, que el psicoanálisis mal practicado hace mal, mucho mal a veces, desgraciadamente.¹

3. El simposio de Arden House de 1954

Convocado por la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York, este simposio, *The widening scope of indications for psycho-analysis* (La ampliación del campo de indicaciones del psicoanálisis), tuvo lugar en mayo de 1954. Participaron Leo Stone, el principal expositor, Edith Jacobson y Anna Freud.

El trabajo de Stone tiene sin duda un valor perdurable. Más que optimista es realista, ya que no ensancha los límites de las indicaciones sino que muestra cómo siempre se trató legítimamente de sobrepasar esos lí-

¹ El tema de la iatrogenia en el análisis ha merecido reflexiones acertadas de Liberman a lo largo de toda su obra.

mites. Recuerda que en la década del veinte, y ya antes, Abraham empezó a tratar pacientes maniaco-depresivos con el apoyo decidido de Freud² y menciona también los intentos de Ernest Simmel con adictos alcohólicos y psicóticos internados, así como los de Aichhorn en Viena, con su juventud descarriada, hacia la misma época. Agreguemos que Abraham escribió la historia de un fetichista del pie y del corset para el Congreso de Nuremberg en 1910, y Ferenczi estudió profundamente el tic en 1921, tema que también ocupó a Melanie Klein en 1925.

Antes de pasar revista a las indicaciones que rebasan el marco de la neurosis, Stone señala los límites del psicoanálisis mismo como método. Dice, con razón, que una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, pero que no se propone resolver los problemas del paciente en la transferencia y con la interpretación, no debe considerarse psicoanálisis, mientras que si se mantienen esos objetivos, a pesar de (y gracias a) que se recurra a los parámetros de Eissler (1953), no estaremos fuera de nuestro método. Señalemos que para Stone, lo mismo que para Eissler, el parámetro es válido si no obstaculiza el desarrollo del proceso y ulteriormente, una vez removido, puede analizarse con plenitud la transferencia.

Leo Stone considera que los criterios nosográficos de la psiquiatría, con ser imprescindibles, no son suficientes, ya que debe completárselos con toda una serie de elementos dinámicos de la personalidad del potencial paciente, tales como narcisismo, rigidez, pensamiento dereístico, alejamiento y vacío emocional, euforia, megalomanía y muchos más.

Una afirmación importante de Stone —con la que coincido plenamente— es que la indicación del tratamiento psicoanalítico apoya en ciertos casos en el concepto de *psicosis de transferencia*: «Se puede hablar justificadamente de una psicosis de transferencia en el sentido de una variante aún viable de neurosis de transferencia en las formas extremas», (1954, pág. 585). Lo que se amplía, pues, y sobre bases teóricas que considero firmes, es el concepto de neurosis de transferencia, que discutiremos en el capítulo 12.

Stone concluye que las neurosis de transferencia y las caracteropatías a ellas asociadas siguen siendo la primera y mejor indicación para el psicoanálisis; pero que los objetivos se han ampliado y abarcan prácticamente todas las categorías nosológicas de naturaleza psicógena (pág. 593), punto de vista que informa coincidentemente todo el libro de Fenichel (1945a).

Vemos así que Leo Stone planteó las indicaciones con amplitud; y, paradójicamente, afirmó que los trastornos neuróticos de mediana gravedad que pueden ser resueltos con métodos psicoterapéuticos breves y sencillos no configuran una indicación para el análisis, que debe reservarse para los casos neuróticos más graves o los que no puedan resolverse

² Hace un momento señalé que Freud no trepidó en ensayar su método en una psicosis circular de evolución severa. A veces se olvida que Freud tomó en análisis a una joven homosexual con un serio intento de suicidio, el caso que publicó en 1920; y que cuando decidió interrumpir el tratamiento por la intensidad de la transferencia paterna negativa, sugirió a los padres que si querían continuarlo buscaran para su hija una analista mujer (*AE*, 18, pág. 157).

por otras técnicas más sencillas o con los medios farmacológicos de la psiquiatría moderna, punto de vista que también sostienen Nacht y Lebovici (1958). Ya veremos que en este punto Anna Freud planteó su única discrepancia con Stone.

En Arden House habló también Edith Jacobson (1954a) sobre el tratamiento psicoanalítico de la depresión severa. Considera casos que pueden variar desde las depresiones reactivas más intensas hasta la psicosis circular en sentido estricto, pasando por los fronterizos, que son los más frecuentes. En todos ellos la autora encuentra que las dificultades en el desarrollo y el análisis de la transferencia son muy grandes, pero no imposibles. Considera que los resultados más satisfactorios se obtienen cuando pueden recuperarse y analizarse en la transferencia las fantasías pregenitales más arcaicas (pág. 605).

El comentario de Anna Freud (1954) coincide básicamente con Stone y apoya en su propia experiencia con caracteropatías graves, perversiones, alcoholismo, etc.; pero, como analista lego, no ha tratado casos psicóticos o depresiones severas. Anna Freud considera que es válido y de interés tratar todos estos casos y concuerda con la opinión de Stone sobre el uso de parámetros para hacerlos accesibles al método, aunque piensa también que el excesivo esfuerzo y el prolongado tiempo que demandan los casos difíciles debe pesarse en el momento de las indicaciones. Con un criterio que antes hemos llamado social, Anna Freud considera que los casos neuróticos deben tenerse muy en cuenta (pág. 610).

Es de destacar que cuando Anna Freud volvió a discutir las indicaciones del análisis en el capítulo 6 de su *Normality and pathology in childhood* (1965) refirmó sus puntos de vista del Simposio de Arden House.

En la conferencia de Arden House, en conclusión, nadie cuestionó la validez teórica de aplicar el método psicoanalítico a los trastornos psicógenos que rebasan los límites de la neurosis, si bien todos coincidieron en que esa tarea es por demás difícil.

4. El informe de Nacht y Lebovici

En *El psicoanálisis, hoy*, Nacht y Lebovici (1958) dividen las indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en función del diagnóstico clínico y en función del paciente, siguiendo a Freud (1904a) y a Fenichel (1945a).

Con referencia a las indicaciones *por el diagnóstico*, estos autores destacan, como Glover (1955), tres grupos: los casos accesibles, los casos moderadamente accesibles y los débilmente accesibles. Nacht y Lebovici consideran aplicable el psicoanálisis a los estados neuróticos, o sea, a las neurosis sintomáticas, pero mucho menos a las neurosis de carácter; las perturbaciones de la sexualidad, esto es la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer, son indicaciones frecuentes y aceptadas, mientras que en las perversiones las indicaciones son más vidriosas y difíciles de establecer.

Si bien Nacht y Lebovici parten del principio (bien freudiano por cierto) de que no existe una oposición absoluta entre neurosis y psicosis, se inclinan a pensar que en los casos francos de psicosis el tratamiento analítico es de difícil aplicación, mientras que los casos no demasiado graves animan a intentar el análisis.

En cuanto a las indicaciones *por la personalidad*, hemos dicho que Nacht y Lebovici aceptan el criterio de Freud sobre la edad y ponen un límite aún más estricto, ya que consideran que sólo el adulto joven que no pase de los cuarenta años es de incumbencia del análisis (pág. 70), si bien admiten excepciones.

Estos autores consideran que el beneficio secundario de la enfermedad, si está muy arraigado, es una contraindicación o al menos un factor a tener en cuenta como grave obstáculo. Asimismo, estudian detenidamente la fuerza del yo como un factor de primera importancia, en cuanto a que el narcisismo, el masoquismo en sus formas más primitivas, las tendencias homosexuales latentes que imprimen su sello al funcionamiento del yo y los casos con marcada facilidad para el paso al acto (*acting-out*) son factores negativos que deben tenerse en cuenta, lo mismo que la debilidad mental, que pone un obstáculo a la plena comprensión de las interpretaciones.

5. El Simposio de Copenhague de 1967

En el XXV Congreso Internacional se realizó un simposio, *Indications and contraindications for psychoanalytic treatment*, que dirigió Samuel A. Guttman, con la participación de Elizabeth R. Zetzel, P. C. Kuiper, Arthur Wallenstein, René Diatkine y Alfredo Namnum.

Si contrastamos el simposio de 1954 con este, veremos claramente que la tendencia a ampliar las indicaciones del psicoanálisis se revierte, se estrecha. Como dice Limentani (1972), hay primero un proceso de expansión y luego uno de retracción, a partir de las circunspectas afirmaciones de Freud a comienzos del siglo. Limentani considera que la tendencia a volver a pautas restringidas depende al menos parcialmente de los criterios más selectivos de los institutos de psicoanálisis para admitir a los candidatos, que fue imponiéndose en todo el mundo desde la época de la Segunda Guerra Mundial. Es evidente, concluye Limentani, que en estos modelos más rigurosos está implícito el reconocimiento de que el tratamiento psicoanalítico no llega a resolver todos los problemas psicológicos.

Junto a una mayor prudencia en los alcances del método, el Simposio de Copenhague destacó entre otros un factor importante, la motivación para el análisis, que aparece explícitamente en el trabajo de Kuiper (1968) pero informa también los otros.

El tema central de Copenhague es, sin duda, la analizabilidad, que desarrolló con rigor Elizabeth R. Zetzel. Por su importancia, nos ocuparemos de él en el próximo capítulo.

Cuando Guttman abrió el Simposio expuso un criterio restrictivo en cuanto a las aplicaciones del psicoanálisis con un razonamiento que me parece un tanto circular. Dijo que el psicoanálisis como método consiste en el análisis de la neurosis de transferencia, de modo que si esta no se desarrolla plenamente mal se la podrá resolver con métodos analíticos y, por tanto, el psicoanálisis no será aplicable. Ahora bien, continúa Guttman, dado que las únicas enfermedades en que *por definición* se instaura una neurosis de transferencia son justamente las neurosis de transferencia, es decir la histeria en sus dos formas de conversión y de angustia y la neurosis obsesiva, con los correspondientes trastornos caracterológicos, entonces sólo estas son indicaciones válidas. Es clara acá la petición de principios, porque lo que está en discusión es si los otros enfermos pueden desarrollar plenamente fenómenos de transferencia de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad y de sus síntomas, y si estos pueden resolverse en el análisis.

Los pacientes psicóticos, fronterizos, perversos y adictos sólo podrán analizarse, dice Guttman, cuando el curso del tratamiento permita el desarrollo de una neurosis de transferencia o cuando se descubran los conflictos neuróticos encubiertos en la conducta del paciente.

Como veremos más adelante, la neurosis de transferencia debe entenderse como un concepto técnico, que no implica necesariamente que los otros cuadros psicopatológicos no puedan desarrollar análogos fenómenos. Acabamos de ver que Stone admite para los cuadros severos una transferencia psicótica; y muchísimo antes, en su brillante trabajo de 1928 titulado «Análisis de un caso de paranoia. Delirio de celos», Ruth Mack-Brunswick habla concretamente de una psicosis de transferencia y muestra la forma de analizarla y resolverla. La experiencia clínica parece demostrar que cada paciente desarrolla una transferencia acorde con su padecimiento y con su personalidad. En este sentido, conviene reservar el término de neurosis de transferencia para las neurosis mismas y no extenderlo a las otras situaciones.

6. Algunas indicaciones especiales

Un tema de la mayor actualidad es la aplicación del psicoanálisis en las enfermedades orgánicas donde participan notoriamente los factores psíquicos, y que se han dado en llamar, con razón, *psicosomáticas*. Convergencia acá problemas teóricos y técnicos que conviene estudiar críticamente. Si bien es cierto que desde el punto de vista doctrinario vale el concepto de que toda enfermedad es a la vez psíquica y somática (o si se quiere psíquica, somática y social), los hechos empíricos muestran que la gravitación de estos factores puede ser muy dispar.

La indicación del psicoanálisis variará en primer lugar según la mayor participación de los factores psicológicos; en segundo lugar, según la respuesta a los tratamientos médicos previamente efectuados y en tercer lu-

gar según el tipo de enfermedad. La colitis ulcerosa, por ejemplo, aún en sus formas más graves, es una enfermedad que responde casi siempre satisfactoriamente al psicoanálisis, mientras que la obesidad esencial, la diabetes y las coronariopatías no ofrecen por lo general una respuesta favorable. El asma bronquial y la hipertensión roja se benefician a veces (no siempre) del análisis, y menos la úlcera gastroduodenal. En los últimos años he visto regularizarse la presión arterial de pacientes que no consultaban por hipertensión sino por problemas neuróticos, y a quienes los clínicos que les atendían dieron de alta en vista de su favorable evolución.

Hay que tener siempre en cuenta que no todos los enfermos psicossomáticos tienen una respuesta similar al psicoanálisis, como tampoco la tienen los neuróticos. Además, hay enfermedades en que la psicogénesis puede ser relevante; pero, una vez puesto en marcha el proceso patológico, ya no se lo puede detener con medios psíquicos. Así, por ejemplo, hay muchos estudios que prueban convincentemente que el factor psicológico gravita en la aparición del cáncer, pero es harto improbable que, una vez producido, se lo pueda hacer retroceder removiendo los factores psicológicos que participaron en su aparición. Es posible, sin embargo, que el tratamiento analítico en algo pueda coadyuvar a una mejor evolución de esta enfermedad.

De cualquier modo, habrá que compulsar en cada caso todos los factores mencionados, y tal vez otros, antes de decidirse por el psicoanálisis; y, de hacerlo, será aclarando al paciente que debe seguir con los tratamientos médicos pertinentes. En ningún caso esto es más notorio que en la obesidad, en la cual la ayuda psicológica es plausible y muchas veces eficiente, pero nunca puede ir más allá de lo que dicte el balance calórico. Es evidente, también, que si la enfermedad psicossomática puede resolverse por medios médicos o quirúrgicos más sencillos que el largo y siempre trabajoso tratamiento psicoanalítico, el paciente debería optar por ellos, si sus síntomas propiamente mentales no fueran muy relevantes. Aquí está presente, de nuevo, el tema de la motivación.

Más adelante, en el capítulo 6, cuando hablemos del contrato, discutiremos el problema técnico que plantea el tratamiento médico o quirúrgico de un paciente en análisis; pero digamos desde ya que si se delimitan bien los papeles y cada uno cumple su función sin salir de su campo, el proceso analítico no tiene por qué verse entorpecido.

Es bien sabido que la esterilidad femenina y la infertilidad masculina, cuando no se deben a causas orgánicas, responden a veces al análisis. Mucho antes de que se analizara a este tipo de pacientes, el doctor Rodolfo Rossi señalaba en su cátedra de Clínica Médica en La Plata que las parejas estériles tenían a veces su primer hijo con posterioridad a la adopción.

Hemos dicho que, hasta cierto punto, el significado de una persona para la sociedad puede pesar en la indicación de su análisis. Esto nos lleva a otro problema de importancia teórica y de proyección social, el análisis del *hombre normal*. En otras palabras, hasta qué punto es legíti-

mo indicar el análisis como un método profiláctico, como un método para mejorar el rendimiento y la plenitud de la vida de un hombre por lo demás normal. Si bien es cierto que, en principio, nadie apoya abiertamente este tipo de indicación, caben ciertas precisiones.

El hombre normal es, por de pronto, una abstracción; y la experiencia clínica demuestra convincentemente que presenta trastornos y problemas casi siempre importantes. Quien se analiza sin estar formalmente enfermo, como es el caso de muchos futuros analistas, en general no se arrepiente: en el curso del análisis llega a visualizar, a veces con asombro, los graves defectos de su personalidad ligados a conflictos, y a resolverlos si es favorable la marcha de la cura.

Es innegable que el sentido común más elemental nos advierte que hay que pensar mucho antes de indicar profilácticamente una terapia difícil y larga como el psicoanálisis, que exige una inversión grande en esfuerzo, en afecto y angustia, en tiempo y en dinero. La persona que se analiza emprende un camino, toma una decisión; el análisis es casi una elección de vida por muchos años. Pero esta elección vital abarca también la de querer analizarse y buscar la verdad que, si es auténtica, a la larga va a justificar la empresa.

Donde más se plantea en la práctica este tipo de indicación es en el psicoanálisis de niños, porque allí la expectativa de vida es amplia y los problemas del desarrollo normal apenas se distinguen de la neurosis infantil.

7. Algo más sobre los factores personales

Hemos dicho ya reiteradamente que la indicación del psicoanálisis no debe hacerse solamente atendiendo al tipo y al grado de enfermedad del paciente sino también a otros factores, que son siempre de peso y a veces decisivos. Algunos de ellos dependen de la persona y otros (que casi nunca se tienen en cuenta) de su entorno.

Ya hemos considerado el valor social de la persona como criterio de indicación. Quien ocupa un lugar significativo en la sociedad justifica si está enfermo— el alto esfuerzo del análisis. Hemos dicho, también, que este factor no implica un juicio de valor; y al incluirlo entre sus criterios de selección el analista debe estar seguro de que no se deja llevar por el prejuicio o por un factor afectivo (contratrasferencia) sino por una evaluación objetiva de la importancia del tratamiento para ese individuo y de este individuo para la sociedad.

Dentro de los factores que ahora estamos considerando está la actitud psicológica del paciente frente a la indicación del análisis. Es algo que ya tenía en cuenta el trabajo de Freud de 1904 y que también señalan como fundamental los autores actuales.

Nunberg descubrió hace muchos años (1926) que todo paciente trae al tratamiento deseos neuróticos y no sólo deseos realistas de curación y,

desde luego, la resultante de ambos mostrará los aspectos sanos y enfermos, que habrán de desarrollarse como neurosis de transferencia y alianza terapéutica. A veces los deseos neuróticos (o psicóticos) de curación pueden configurar de entrada una situación muy difícil y conducir inclusive a lo que Bion ha descrito en 1963 como reversión de la perspectiva.

Lo que aquí estamos considerando, sin embargo, está más allá de los deseos de curación que tenga una persona, y que al fin y al cabo el análisis puede modificar: es algo previo y propio de cada uno, el deseo de embarcarse en una empresa cuya única oferta es la búsqueda de la verdad. Porque, sea cual fuere la forma en que se proponga el análisis, el paciente se da cuenta siempre que le estamos ofreciendo un tratamiento largo y penoso, como decía Freud (1905a), cuya premisa básica es la de conocerse a sí mismo; y esto no para todos es atractivo y para nadie es agradable. Desde esta perspectiva me atrevería a decir que hay una *vocación* para el análisis, como la hay para otras tareas de la vida.

Freud prefería los casos que vienen espontáneamente, porque nadie puede tratarse a partir del deseo del otro. Si bien las expresiones manifiestas del paciente son siempre equívocas y sólo con la marcha misma del análisis se podrán evaluar, la actitud mental profunda frente a la verdad y al conocimiento de sí mismo influye notoriamente en el desarrollo del tratamiento psicoanalítico. A esto se refiere sin duda Bion (1962b), cuando habla de la función psicoanalítica de la personalidad.

El factor que estamos estudiando es difícil de detectar y evaluar de entrada, porque un enfermo que pareció venir al tratamiento en forma espontánea y muy resuelta puede revelarnos después que no era así; y, viceversa, alguien puede acercarse pretextando un consejo o una exigencia familiar y, sin embargo, tener un deseo auténtico. A veces, por último, la falta de espontaneidad, de autenticidad, está engarzada en la patología misma del paciente, como en el caso de la *as if personality*, de Helene Deutsch (1942), y entonces es parte de nuestra tarea analizarla y resolverla en la medida que nos sea posible. Este problema también puede verse desde la perspectiva de la renuncia altruista de Anna Freud (1936), en cuanto estos individuos sólo pueden tener acceso al análisis en función de otros y no de sí mismos, tema al que también se refiere Joan Rivière en su artículo sobre la reacción terapéutica negativa, de 1936. De todos modos, en estos casos, la indicación es siempre más vidriosa y peor el pronóstico. Cuando Bion estuvo en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1968, supervisó un caso que venía mandado por su mujer. ¿Y este hombre siempre hace lo que le manda su mujer?, preguntó el sagaz Bion.

En el Simposio de Copenhague, Kuiper (1968) afirma acertadamente que la motivación para el análisis y el deseo de conocerse a sí mismo son decisivos, más tal vez que el tipo de enfermedad y otras circunstancias, si bien se declara decidido partidario de no extender los alcances del psicoanálisis sino de retraerlos a los cuadros neuróticos clásicos. Aumentar los límites de las indicaciones, dice Kuiper, conduce a peligrosas variaciones de la técnica, lo que es nocivo para el analista ya formado y más para el candidato.

Quizá quien ha planteado este problema con más rigor es Janine Chasseguet-Smirgel (1975), en sus estudios sobre el ideal del yo. Dice esta autora que, más allá del diagnóstico, hay dos tipos de pacientes en cuanto a su comportamiento en el tratamiento psicoanalítico. Están los pacientes con un conocimiento espontáneo e intuitivo del método psicoanalítico, con un auténtico deseo de conocerse a sí mismos y llegar al fondo de los problemas, que buscan la *voie longue* de un análisis completo y riguroso. Otros, en cambio, buscarán resolver sus conflictos siempre por la *voie courte*, porque son incapaces de captar la gran propuesta humana que el análisis formula y carecen del insight que les permita tomar contacto con sus conflictos. Se trata, pues, como vemos, de una actitud frente al análisis (y diría yo que también frente a la vida), que gravita honda y definitivamente en el proceso y, por su índole, no siempre puede modificarse con nuestro método.

No debe confundirse la motivación para el análisis con la búsqueda de un alivio concreto frente a un síntoma o a una determinada situación de conflicto. Esta última actitud, como señalara Elizabeth R. Zetzel en Copenhague, implica una motivación muy laxa, que se pierde con la disolución del síntoma y conduce de inmediato a un desinterés en la continuidad del proceso, cuando no a una rápida huida a la salud.

A veces estos problemas pueden presentarse en forma muy sutil. Un analista didáctico recibe un candidato muy interesado por su formación y apenas preocupado por sus graves síntomas neuróticos. Luego de un breve período de análisis en que el candidato se hizo cargo de que el tratamiento le ofrecía una posibilidad cierta de curación, empezó a aparecer en los sueños el deseo de ser considerado un paciente y no un colega, junto con un vivo temor de ver interrumpido su análisis al haber cambiado su objetivo. En este caso, la auténtica motivación en búsqueda de sí mismo estaba encubierta por otra menos valdeera, que pudo ser abandonada gracias al análisis mismo. Como era de suponer, aquel candidato es hoy un excelente analista. Por desgracia, la situación inversa en que el tratamiento sólo es pretexto para acceder a la categoría de psicoanalista es mucho más frecuente.

Un factor del entorno social o familiar que influye en la posibilidad y el desarrollo del análisis es que el futuro paciente disponga de un medio adecuado que lo soporte cuando falta el analista, es decir entre sesión y sesión, en el fin de semana y en las vacaciones. Una persona que está totalmente sola es siempre difícil de analizar. Desde luego que esto varía con la psicopatología del paciente y con las posibilidades de cada uno 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, que justamente por sus condiciones internas el paciente se procura en la realidad.

Con los niños y mucho más con los psicóticos, los psicópatas, adictos o perversos, si el medio familiar no presta una ayuda concreta, aunque más no sea formal y de tipo racional, la empresa del análisis se hace casi imposible. Cuando el futuro paciente depende de un medio familiar hos-

til al análisis, la tarea será más difícil, y tanto más si esa dependencia es concreta y real, económica, por ejemplo. En nuestra cultura, un marido que mantiene a su familia y quiere analizarse en contra de la opinión de la mujer será un paciente más fácil que una mujer que depende económicamente del marido, considerando igual para ambos el monto de la proyección de la resistencia en el cónyuge. Estos factores, aunque no hagan a la esencia del análisis, deben pesarse en el momento de la indicación.

8. Las indicaciones del análisis de niños

Las arduas controversias sobre indicaciones y contraindicaciones del análisis de niños y adolescentes se fueron modificando y atenuando en el curso de los años, no menos que los desacuerdos sobre la técnica.

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 fobia a los caballos (Freud, 1909a). Como todos sabemos, Freud realizó ese tratamiento a través del padre de Hans; pero lo hizo desplegando los principios básicos de la técnica analítica de aquellos tiempos, esto es, interpretándole al pequeño sus deseos edípicos y su angustia de castración. 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 el complejo de Edipo y, lo que es más importante para nuestro tema, que el análisis puede aplicarse a los niños sin riesgos para su culturalización.

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 conferencias* (1933a), donde dice otra vez que el análisis de los niños sirvió no sólo para confirmar en forma viva y directa las teorías elaboradas en el análisis de adultos, sino también para demostrar que el niño responde muy bien al tratamiento psicoanalítico, de modo que se obtienen resultados halagüeños y duraderos. (Conferencia n° 34: «Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones, *AE*, 22, págs. 126 y sigs.).

Los primeros analistas de los años veinte discrepaban en muchos puntos de la técnica para analizar niños y en la edad a partir de la cual el tratamiento puede ser aplicado. Hug-Hellmuth sostenía en su pionera presentación al Congreso de La Haya que un análisis estricto con arreglo a los principios del psicoanálisis sólo puede llevarse a cabo desde los siete u ocho años.³ En su *Einführung in die Technik der Kinderanalyse* (Introducción a la técnica del análisis de niños), publicada en 1927 sobre la base de cuatro conferencias que dio un año antes en la Sociedad de Viena, Anna Freud también 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, publicada en Londres en 1946 con el título de *The*

³ *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 2, 1921, pág. 289.

psycho-analytical treatment of children, la autora extiende mucho este límite y piensa que son analizables los niños de primera infancia, desde los dos años.⁴

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 de lado la apasionada polémica que tiene uno de sus puntos culminantes en el *Simposio sobre análisis infantil* de la Sociedad Británica de 1927,⁵ 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 todos los niños, normales o perturbados, podrían beneficiarse con el análisis. El análisis del niño normal, sin embargo, dice sabiamente Anna Freud (1965, cap. 6), se asigna una tarea que pertenece por derecho al niño mismo y sus padres.⁶ En cuanto al límite de edad, Anna Freud señala con toda razón en el capítulo 6 recién citado, 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.

Uno de los casos más notables de intento de un análisis temprano de la bibliografía es el de Arminda Aberastury (1950), que estudió a una niña de 19 meses con una fobia a los globos. La fobia, que hizo eclosión al comienzo del nuevo embarazo de la madre, fue evolucionando significativamente hasta transformarse en una fobia a los ruidos de cosas que explotan o estallan, a medida que la gestación de la madre iba llegando a su término. En ese momento la analista realizó una sesión con la niña, donde pudo interpretar los principales contenidos de la fobia, al parecer con buena recepción por parte de la diminuta paciente, que después de esa única sesión no retornó al tratamiento.

También parece haber terminado la polémica sobre el alcance del psicoanálisis de niños, que parece aplicable tanto a las neurosis infantiles como a los trastornos no neuróticos (trastornos del carácter y la conducta, niños fronterizos y psicóticos).

⁴ *Writings*, vol. 1: «Introduction», pág. viii.

⁵ El Simposio tuvo lugar el 4 y el 18 de mayo y se publicó en el *International Journal de* ~~the~~ mismo año (vol. 8, págs. 339-91). Participaron Melanie Klein, Joan Rivière, M. N. Harri, Ella F. Sharpe, Edward Glover y Ernest Jones.

⁶ *Writings*, vol. 6, pág. 218.

3. Analizabilidad

Vimos en el capítulo anterior que la indicación del psicoanálisis, cuando no hay una contradicción específica e irrecusable, es siempre un proceso complejo en el que hay que computar una serie de factores. Ninguno de ellos es de por sí determinante, sí bien algunos pueden pesar más que otros. Sólo después de evaluar ponderadamente todos los elementos surge como resultante la indicación. Veremos de inmediato que las cosas son todavía más complejas, porque los conceptos de analizabilidad y accesibilidad, que ahora discutiremos, están más allá de las indicaciones.

1. El concepto de analizabilidad

El Simposio de Copenhague mostró, como hemos dicho, una tendencia general a estrechar las indicaciones del tratamiento psicoanalítico. v este intento tomó su forma más definida en el concepto de *analizabilidad*, introducido por Elizabeth R. Zetzel, uno de los voceros más autorizados de la psicología del yo. Con este trabajo culmina una larga investigación de la autora sobre la transferencia y la alianza terapéutica, que se inicia con el trabajo de 1956 (presentado un año antes al Congreso de Ginebra) y se despliega en sus relatos a los tres congresos panamericanos de psicoanálisis, que tuvieron lugar en México (1964), Buenos Aires (1966) y Nueva York (1969). En este, que fue por desgracia el último de la serie, pude discutir con ella la primera sesión de análisis (Etchegoyen, 1969).

Si bien el trabajo de la doctora Zetzel en Copenhague se refiere exclusivamente a la histeria femenina, asienta en criterios que marcan los límites de la analizabilidad en general (Zetzel, 1968).

El punto de partida de Zetzel es que las relaciones de objeto se establecen *antes* de la situación edípica y son de naturaleza diádica. En la etapa predípica del desarrollo, pues, el niño establece una relación objetal bipersonal con la madre y con el padre, que son independientes entre sí. Consolidar este tipo de vínculo es un requisito indispensable para que se pueda enfrentar después la relación triangular del complejo de Edipo. Lo que falla por definición en el neurótico es justamente la relación edípica, que es la que se alcanza por vía regresiva en el análisis como neurosis de transferencia. Porque para Zetzel (como para Goodman) la neurosis de transferencia reproduce el complejo de Edipo, mientras que la alianza terapéutica es pregenital y diádica (1966, pág. 79).

El establecimiento de firmes relaciones de naturaleza diádica con la madre y el padre independientemente crea las condiciones para plantear y, en el mejor de los casos, resolver la situación edípica, sobre la base de la confianza básica de Erickson, ya que equivale a la posibilidad de distinguir entre realidad externa y realidad interna. Como se comprende, distinguir realidad interna y realidad externa importa tanto en el tratamiento psicoanalítico como deslindar la neurosis de transferencia de la alianza terapéutica. Esta capacidad de discriminación se acompaña de una tolerancia suficiente frente a la angustia y la depresión del complejo de Edipo, con lo que se abre la posibilidad de renunciar a él, de superarlo. Es en este sentido que la doctora Zetzel (1966, pág. 77) establece un vínculo entre sus ideas y la confianza básica de Erickson (1950), así como también con el concepto de posición depresiva de Melanie Klein (1935, 1940).

Las personas que no pudieron cumplir estos decisivos pasos del desarrollo serán inanalizables, en cuanto tenderán continuamente a confundir al analista como persona real con las imagos sobre él transferidas.

En los dos primeros congresos panamericanos la doctora Zetzel había expuesto en forma clara sus criterios de analizabilidad. Su trabajo «*The analytic situation*» (1964), presentado al primero de estos certámenes (México, 1964) y publicado dos años después,¹ consigna las funciones básicas para desarrollar la alianza terapéutica, y que son: 1) la capacidad de mantener la confianza básica en ausencia de una gratificación inmediata; 2) la capacidad de mantener la discriminación entre el objeto y el self en ausencia del objeto necesitado; y 3) la capacidad potencial de admitir las limitaciones de la realidad (pág. 92).

2. La buena histérica

Sobre estas bases, Elizabeth R. Zetzel sostiene que, a pesar de que la histeria es por excelencia la neurosis de la etapa genital (o mejor dicho fálica), muchas veces la genitalidad es sólo una fachada detrás de la cual el analista va a descubrir fuertes fijaciones pregenitales que harán su trabajo sumamente difícil, cuando no del todo infructuoso.

Con humor recuerda la doctora Zetzel una canción infantil inglesa, la de la niña que, cuando es buena, es muy pero muy buena, pero cuando es mala, es terrible, para diferenciar a las mujeres histéricas justamente en esas dos categorías, buena (analizable) y mala (inanalizable).

En realidad, Zetzel distingue *cuatro* formas clínicas de histeria femenina en punto a la analizabilidad.

El *grupo 1* corresponde a la buena histérica, la verdadera histérica que se presenta lista para el análisis. Se trata por lo general de una mujer joven que ha pasado nítidamente su adolescencia y ha completado sus

¹ R. E. Litman (1966).

estudios. Es virgen o ha tenido una vida sexual insatisfactoria, sin ser frígida. Si se ha casado, no ha podido responder cabalmente en su vida de pareja, mientras que en otras esferas puede mostrar logros muy positivos (académicos, por ejemplo). Estas mujeres se deciden por el análisis cuando comprenden, de pronto, que sus dificultades están dentro de ellas mismas y no afuera. El análisis muestra que la situación edípica se planteó pero no se pudo resolver, muchas veces por obstáculos externos reales, como la pérdida o separación de los padres en el acmé de la situación edípica.

El *grupo 2* es el de la buena histórica potencial. Se trata de un grupo clínico más abigarrado que el anterior, con síntomas dispares. Son mujeres por lo general un poco más jóvenes que las del primer grupo y siempre más inmaduras. Las defensas obsesivas egosintónicas que prestan unidad y fortaleza a las mujeres del grupo anterior no se estructuraron satisfactoriamente en este, de modo que hay rasgos pasivos en la personalidad y menos logros académicos o profesionales. El problema mayor de este grupo en cuanto al análisis es el período de comienzo, en que pueden sobrevenir regresiones intensas que impiden establecer la alianza de trabajo, o una huida hacia la salud que lleve a una brusca interrupción. Si estos riesgos pueden sortearse, el proceso analítico se desarrollará sin mayores inconvenientes y la fase terminal podrá resolverse en forma satisfactoria.

El *grupo 3* ya pertenece a la *so called good hysteric* y sólo puede ser analizable a través de un tratamiento largo y dificultoso. Se trata de caracteropatías depresivas que nunca pudieron movilizar sus recursos o reservas ante cada crisis vital que debieron enfrentar. A su baja autoestima se suma el rechazo de su femineidad, la pasividad y el desvalimiento. A pesar de estas dificultades, se trata de mujeres atractivas y con innegables méritos, que encubren su estructura depresiva con defensas históricas organizadas alrededor de la seducción y el encanto personal. Consultan por lo general más tarde que los grupos anteriores, derrotadas ya y con un considerable menoscabo de sus funciones yoicas. Si estas pacientes entran en análisis muestran bien pronto su estructura depresiva, con una fuerte dependencia y pasividad frente al analista. El proceso analítico se hace difícil de manejar, en cuanto la paciente no logra discriminar entre la alianza de trabajo y la neurosis de transferencia. La etapa final del análisis lleva a serios problemas, cuya consecuencia es el análisis interminable.

El *grupo 4* comprende la más típica e irredimible *so called good hysteric*. Cuadros floridos con acusados rasgos de apariencia genital, demuestran en el tratamiento, sin embargo, una notoria incapacidad para reconocer y tolerar una situación triangular auténtica. La transferencia asume precozmente, con frecuencia, un tono de intensa sexualización que apoya en un deseo tenaz de obtener una satisfacción *real*.² Incapaces de distinguir la realidad interna de la externa, estas históricas hacen

² Esta singular configuración será estudiada con detalle en el capítulo 12.

imposible la alianza terapéutica, base para que se instaure una neurosis de transferencia analizable. A pesar de la apariencia, a pesar del manifiesto erotismo, la estructura es pseudoedípica y pseudogenital. Son pacientes que tienden a desarrollar prematuramente una intensa transferencia erotizada, ya desde las entrevistas cara a cara, observación que habremos de considerar cuando discutamos el concepto de regresión terapéutica. La historia de estas personas revela alteraciones de importancia en los años infantiles, como ausencia o pérdida de uno de los padres o de ambos en los primeros cuatro años de la vida, padres severamente enfermos con un matrimonio desafortunado, enfermedad física prolongada en la infancia o ausencia de relaciones objetales significativas con adultos de ambos sexos.

3. El obsesivo analizable

Cuando el tema de la analizabilidad vuelve a plantearse en el libro póstumo de Elizabeth R. Zetzel,³ publicado en colaboración con Meissner, se confirman y precisan sus anteriores puntos de vista. En el capítulo 14 de este libro, Zetzel vuelve a plantear su teoría sobre la analizabilidad de la histeria, pero agrega interesantes consideraciones sobre la analizabilidad de la neurosis obsesiva.

En primer lugar, nuestra autora sostiene que el neurótico obsesivo analizable no presenta dificultades para entrar en la situación analítica, pero sí para desarrollar una neurosis de transferencia franca y analizable durante el primer tiempo de análisis. Los pacientes histéricos, en cambio, desarrollan con facilidad y rapidez una franca neurosis de transferencia, pero les cuesta establecer la situación analítica (alianza terapéutica). En otras palabras, la neurosis obsesiva tiene dificultades con el proceso analítico y la histeria con la situación analítica.

Lo decisivo para determinar la analizabilidad de los pacientes obsesivos es que sean capaces de tolerar la regresión instintiva, para que se constituya la neurosis de transferencia sin que por ello sufra la alianza terapéutica. En otras palabras, el obsesivo tiene que poder tolerar el conflicto pulsional entre amor y odio de la neurosis de transferencia, distinguiéndolo de la relación analítica.

Así como los síntomas histéricos no son una prueba suficiente de analizabilidad, tampoco podemos basar nuestra indicación terapéutica en la presencia de síntomas obsesivos. El paciente obsesivo analizable muestra siempre que alcanzó a establecer una genuina relación independiente (diádica) con cada padre, y que sus problemas derivan del irresuelto conflicto triangular edípico. Cuando las formaciones reactivas y en general las defensas obsesivas aparecieron *antes* de la situación edípica genital, entonces el paciente será obsesivo, pero no analizable. Si estas

³ La doctora Zetzel murió a fines de 1970, a la edad de 63 años. El libro se publicó en 1974.

El paciente de difícil acceso que describe Betty Joseph no responde a una peculiar categoría diagnóstica, si bien la autora vincula su investigación con la personalidad *como si* de Helene Deutsch (1942), el falso self de Winnicott (1960a), la pseudomadurez de Meltzer (1966) y los pacientes narcisistas de Rosenfeld (1964b). Se trata, más bien, de un tipo especial de disociación por el cual una parte del paciente —la parte «paciente» del paciente, como dice la autora— queda mediatizada por otra que se presenta como colaboradora del analista. Sin embargo, esta parte, que aparentemente colabora, no constituye en verdad una alianza terapéutica con el analista sino que, al contrario, opera como un factor hostil a la verdadera alianza.⁴ Parecen colaborar, hablan y discuten en forma adulta, pero se vinculan como un aliado falso que habla con el analista del paciente que él mismo es. El problema técnico consiste en *llegar* a esa parte necesitada que permanece bloqueada por la otra, la pseudocolaboradora.

Lo que aparece en estos casos como asociación libre es simplemente un acting out que intenta guiar al analista, cuando no lo impulsa a «interpretar» lo que el paciente quiere; otras veces, una interpretación verdadera se utiliza para otros fines, para saber las opiniones del analista, para recibir su consejo o aprender de él. El analizado malentiende las interpretaciones del analista, tomándolas fuera de contexto o parcialmente.

En otras ocasiones, la parte del yo con la que debemos establecer contacto se hace inaccesible porque se proyecta en un objeto, que puede ser el analista mismo. El resultado es que el analizado permanece sumamente pasivo y el analista, si cede a la presión de lo que se le ha proyectado, asume un papel activo y siente deseos de lograr algo, lo que no es más que un acting out contratrasferencial.

A lo largo de todo su trabajo, Joseph insiste en la necesidad de tratar el material más desde el punto de vista de la forma en que surge que del contenido, para aclarar cuáles fueron las partes del yo desaparecidas y dónde hay que ir a buscarlas. Las interpretaciones de contenido son las que más se prestan a que el paciente malentienda, muchas veces porque en ellas hay un error técnico del analista, esto es, un acting out de lo que el paciente le proyectó y que el analista no supo contener adecuadamente dentro de sí. De esta forma, el analista queda identificado con una parte del self del paciente, en lugar de analizarla.

El concepto de accesibilidad, en conclusión, surge del trabajo analítico y se propone descubrir las razones por las que un paciente se hace inaccesible o casi inaccesible al tratamiento psicoanalítico, pensando que el fenómeno debe explicarse en términos del narcisismo y de tipos especiales de disociación; pero no es útil para predecir lo que va a suceder en el curso de la cura, lo que tampoco se propone, a diferencia de los criterios de analizabilidad.

⁴ Compárese con la pseudoalianza terapéutica de Rabih (1981).

6. La pareja analítica

El último tema que vamos a discutir es muy apasionante, y es el problema de la *pareja analítica*. Analistas de diversas escuelas creen firmemente en que la situación analítica, en cuanto encuentro de dos personalidades, queda de alguna manera determinada por ello, por ese encuentro, por la pareja; otros, en cambio, y yo entre ellos, no lo creen y piensan que este concepto no es convincente.

El concepto de analizabilidad, ya lo hemos visto, es algo que se refiere específicamente al paciente; y sin embargo, como acabamos de ver, en última instancia puede también comprender al analista. El concepto de accesibilidad es más vincular: sería difícil decir que un paciente no es accesible *per se*; más lógico es decir que en la práctica el paciente no lo ha sido para mí y, por tanto, que estoy involucrado en su fracaso. Sin embargo, al menos como yo lo entiendo, el concepto de la pareja analítica en cuanto a la indicación va mucho más allá de esa responsabilidad compartida, porque nadie podría discutir que en una empresa como el análisis el buen o el mal éxito pertenece a ambos integrantes. Lo mismo se dice, y con igual razón, del matrimonio.

Lo que vamos a discutir, sin embargo, es algo más específico: si realmente determinado paciente va a responder mejor a un analista que a otro, o, lo que es lo mismo, que un analista puede tratar mejor a unos pacientes que a otros. Sólo si esto es cierto, entonces el concepto de la pareja analítica se sostiene.

Entre nosotros, Liberman y los Baranger se declaran partidarios del concepto de pareja analítica, si bien con diverso soporte teórico, y en Estados Unidos lo apoyó resueltamente Maxwell Gitelson (1952).

Liberman parte de sus ideas sobre los *estilos lingüísticos complementarios*. La psicopatía es a la neurosis obsesiva, por ejemplo, lo que el lenguaje de acción (estilo épico) es al lenguaje reflexivo (estilo narrativo).⁵ El tratamiento de una neurosis obsesiva empieza a ser exitoso cuando el individuo puede apelar más al lenguaje de acción; y, viceversa, una psicopatía empieza a modificarse cuando el paciente puede reflexionar, cuando empieza a darse cuenta, de repente, que ahora tiene «inhibiciones», y tiene que pensar.⁶

Entiendo que Liberman habla de estilos complementarios, más que en el aspecto psicopatológico, en el instrumental: para interpretar a un **obsesivo** hay que instrumentar un lenguaje de acción, un lenguaje de **logros**, como gusta decir Bion; viceversa, una buena interpretación para un **psicópata** es simplemente detallarle, en forma ordenada, lo que ha **hecho**, mostrándole las secuencias y consecuencias de su acción; esto que **no parece una interpretación** es la más cabal interpretación para ese caso.

⁵ (1970-72), vol. 2, cap. VI: «Los datos iniciales de la base empírica», y cap. VII: «Pacientes con perturbaciones de predominio pragmático. Psicopatías, perversiones, adicciones, psicosis maniaco-depresivas y esquizofrenias».

⁶ Pude seguir paso a paso este proceso fascinante en un psicópata que traté hace años (Fitchegoyen, 1960).

La teoría de los estilos complementarios de Liberman es un valioso aporte a la técnica y a la psicopatología; pero instrumentar operativamente las distintas cualidades yóicas no quiere decir, sin más, que exista la pareja. Lo que hace el analista cabal es formar la pareja que corresponde; y para esto, como dicen Liberman *et al* (1969), el analista debe tener un yo idealmente plástico. Por este camino, a mi juicio, la idea de la pareja más se refuta que se confirma, porque resulta que cuantas más riquezas tonales tenga un analista en su personalidad, mejor analista será. Cuanto más tenga uno esta plasticidad, mejor va a poder hacer la pareja que le corresponda con las notas que al paciente le faltan. En consecuencia, en este sentido, la buena pareja la forma siempre el mejor analista.

Lo que dicen los Baranger (1961-62, 1964) en realidad es diferente. Parten de la teoría del campo y el baluarte. El campo es básicamente una situación nueva, ahistórica, recorrida por líneas de fuerza que tanto parten de uno de los componentes como del otro. En un momento dado, el campo cristaliza alrededor de un *baluarte*, y esto implica que el analista es más sensible a determinadas situaciones. La teoría del baluarte supone que el analista contribuye siempre a su creación, ya que el baluarte es un fenómeno de campo. Si bien el paciente lo construye, el baluarte está siempre ligado a las limitaciones del analista. La pareja fracasa por lo que uno ha hecho y por lo que el otro no ha podido resolver.

En «La situación analítica como campo dinámico» (1961-62), los esposos Baranger definen claramente lo que entienden por campo bipersonal de la situación analítica y afirman que es un campo de pareja que se estructura sobre la base de una fantasía inconciente que no pertenece solamente al analizado sino a ambos. El analista no puede ser espejo, si más no fuera porque un espejo no interpreta (1969, pág. 140).

No se trata meramente de entender la fantasía básica del analizado sino de acceder a algo que se construye en una relación de pareja. «Esto implica, naturalmente, una posición de mucha renuncia a la omnipotencia de parte del analista, es decir, una limitación mayor o menor de las personas a quienes podemos analizar. No hace falta decir que no se trata de la 'simpatía' o 'antipatía' posible que podamos sentir a primera vista con un analizado, sino de procesos mucho más complicados» (*ibid.*, pág. 141).

Esta posición es bien clara, y sin embargo no se acompaña de una explicación satisfactoria sobre estos procesos «mucho más complicados»; porque podría ser que la complejidad tuviera que ver con las sutilezas del análisis, que ponen siempre a prueba al analista, y no específicamente con la interacción. Habría que demostrarlo, y mientras esperamos esa demostración podemos seguir pensando que el mejor analista es el que mejor salva las asechanzas continuas e imprevisibles del proceso analítico, el que mejor desarma los baluartes.

Partiendo de supuestos teóricos diferentes, Gitelson es también un decidido partidario de la importancia de la pareja analítica, como puede verse en su recordado trabajo de 1952. Este ensayo es, ante todo, un

estudio de la contratrasferencia, con muchas reflexiones sobre la concordancia entre analista y paciente, sobre todo al comienzo del análisis. Siguiendo, como Rappaport (1956), la inspiración de Blitzsten, Gitelson se ocupa del significado que puede tener, para el proceso analítico, la aparición del analista en persona en el primer sueño del analizado, y una de las consecuencias que deriva de esta circunstancia es que, a veces, corresponde un cambio de analista. En este caso, pues, el concepto de pareja analítica se sustenta en una peculiar configuración del fenómeno de transferencia y contratrasferencia.⁷

Se podría pensar que la idea de *rêverie* de Bion (1962b) apoya el concepto de pareja analítica. Lo que postula Bion es una capacidad de resonancia con lo que proyecta el paciente; pero esto no tiene por qué depender de determinados registros, sino de una capacidad global de la personalidad. El analista recibe al paciente tanto más cuanto más *rêverie* tiene, en otras palabras, cuanto mejor analista es. Lo que pone un límite a nuestra tarea es la capacidad de entender; pero esta capacidad no es necesariamente específica, no está probado que ella se refiera a un determinado tipo de enfermo. Se puede pensar válidamente que es, más bien, una manera general de funcionar del analista. Estos argumentos convienen todavía más a la idea de *holding* de Winnicott (1955), que se presenta claramente como una condición que no depende especialmente del paciente. El concepto de *holding*, a mi juicio, sugiere menos la pareja que el de *rêverie*.

Hay otras razones para descreer de la pareja. En realidad, la función analítica es muy compleja y, a la corta o a la larga, el analizado siempre encuentra el talón de Aquiles del analista. Este, finalmente, va a tener que dar la batalla en los peores lugares, porque allí la planteará aquel; y saldrá airoso en la medida en que pueda superar sus dificultades personales y sus limitaciones técnicas y teóricas. Como dice Liberman (1972), el paciente retroalimenta no sólo los aciertos del analista sino también sus errores, de modo que, tarde o temprano, la dificultad aparecerá. Si a mí no me gusta tratar neuróticos obsesivos, porque los encuentro aburridos o carentes de imaginación, simpatía o espontaneidad, al cabo de un cierto tiempo todos mis pacientes tendrán rasgos obsesivos, porque justamente no supe resolverlos. O, peor aún, todos mis pacientes serán histéricos seductores o psicópatas divertidos que reprimieron la neurosis obsesiva presente en cada uno de ellos. Más allá de que mi paciente reprima o refuerce esos rasgos, creo que sobreviene una especie de «selección natural»: si yo analizo bien los rasgos histéricos, los esquizoides y los perversos pero descuido los obsesivos, estos síntomas van a ser cada vez más prevalentes. Recuerdo un colega distinguido que me consultó una vez porque muchos de sus pacientes tenían fantasías de suicidio. Estudiando el material de sus pacientes llegué a la conclusión de que él no los analizaba bien en ese punto, en agudo contraste con su buen nivel de trabajo.

⁷ Volveré sobre las ideas de Gitelson al hablar del amor de transferencia y en los capítulos sobre contratrasferencia.

Me dijo entonces que él trataba de no tomar pacientes con tendencias suicidas, porque su hermano mayor se había suicidado cuando él era adolescente. Cuando empecé mi práctica temía al amor de transferencia, y todas las pacientes se enamoraban de mí.

La experiencia tiende a mostrar que los pacientes que fracasan con un analista vuelven a plantear los mismos problemas con otro; y depende de la habilidad del nuevo analista que el problema se resuelva o no. Algunas veces se observa, desde luego, que un paciente que fracasó con un analista o con varios (y en la misma forma) evoluciona favorablemente con uno nuevo. Dejando de lado la idoneidad, hay aquí que considerar varios elementos. Primero, que el o los análisis anteriores pueden haber promovido determinados cambios positivos; y, segundo, la posibilidad de alguna situación específica. Si uno es el cuarto hijo, a lo mejor solamente en el cuarto análisis se pone de manifiesto un funcionamiento mejor. De manera que el paciente no es el mismo y la situación puede ser otra.

7. Pareja analítica y predilecciones

No hay que confundir el problema de la pareja analítica con las *predilecciones* que uno puede tener por determinados casos o enfermedades. Esta disposición es sana y razonable, y no tiene que ver con la contratransferencia. Que un analista elija para tratar un caso de la enfermedad que está estudiando no tiene nada de particular. Si se me ofreciera la oportunidad de tratar a un perverso fetichista, probablemente lo tomaría con fines de investigación; pero no creo que eso fuera a gravitar específicamente en mi contratransferencia, ni que haría con él mejor pareja que con otro analizado. Se han dado, simplemente, condiciones en las que gravita un legítimo interés conciente; y hablo de interés conciente para destacar que este tipo de elección es racional. El interés que puede despertar un caso, el entusiasmo incluso; gravitan de hecho en la marcha de un análisis, pero en una forma más racional y menos específica que lo que supone la teoría de la pareja analítica. Hace tiempo vino a verme una colega joven que me dijo que quería hacer conmigo su análisis didáctico. Entre las razones que expuso fue la de que soy vasco, como ella. Me pareció una razón atendible y simpática, y en realidad lamenté no tener hora para complacerla. No creo, sin embargo, que por esa razón hubiéramos formado una pareja mejor.

La idea de la pareja analítica lleva, a veces, a un tipo de selección singular. Que un homosexual latente o manifiesto prefiera a un analista de su sexo o del sexo contrario, o que un hombre envidioso rehúse tratarse con un analista de prestigio, son problemas que deben resolverse dentro del análisis y no antes, buscando un analista que «haga juego». Porque la teoría que estamos discutiendo se basa en buscar un analista que se adecue a la personalidad del paciente.

Hemos discutido esto teóricamente; pero todavía hay que agregar una objeción práctica importante, y es que no es fácil darse cuenta, en una o dos entrevistas, de la personalidad profunda del futuro paciente. Como decía Hamlet, y Freud nos lo recuerda, no es fácil tañer el instrumento anímico. Me inclino a pensar que muchas de estas selecciones se hacen sobre bases endebles y poco científicas, y a veces hasta demasiado simplistas.

Distinto es que el paciente lo pida. Si viene un paciente y me dice que quiere analizarse con un analista joven o viejo, hombre o mujer, argentino o europeo, yo trato de complacerlo para no violentarlo y para no agregar otra resistencia en la fase de apertura de su análisis, pero no pienso que así se constituirá una pareja mejor. En ese caso, sólo se podrá constituir una buena pareja cuando se analice la fantasía inconciente que motiva dicha predilección. No hay que olvidar que el análisis es una experiencia honda y singular, que nada tiene de convencional. Un colega eminente, un psiquiatra brillante, me mandó una vez una muchacha homosexual, convencido de que necesitaba un analista varón. El epicentro de mi relación con la enferma, sin embargo, fue la transferencia materna. El padre sólo apareció con fuerza al final del tratamiento, cuando el complejo de Edipo directo alcanzó su plena intensidad; la perversión había remitido mucho antes.

Puede asegurarse que cuantas más exigencias tiene el paciente para elegir analista, más difícil va a ser su análisis; pero eso es algo que depende de su psicopatología, no de la pareja. Una mujer que se hallaba algo más allá de la crisis de la edad media de la vida me vino a pedir que la analizara porque le habían hablado bien de mí amigos comunes. Le dije que no tenía hora, pero que la podía derivar. Aceptó en principio, pero me advirtió que ella quería analizarse con un analista hombre que no fuera judío. La remití a un colega de primera línea de familia italiana, pero no quiso saber nada. No podía comprender que la hubiera mandado a ese analista que era un desastre, que no se daba cuenta de nada. Agregó que lo había pensado nuevamente y que había decidido no analizarse. Un tiempo después vino a decirme que de nuevo había decidido analizarse; pero sería conmigo e iba a esperar el tiempo necesario. Comprendí la gravedad de su estado y decidí hacerme cargo. Contra mis propias suposiciones (o prejuicios), esa mujer hizo al principio un excelente análisis que refutó todas mis hipótesis. Había en su historia un serio intento de suicidio y era una enferma realmente muy grave; y, sin embargo, el hecho de que hubiera elegido su analista y que este le respondiera parecía haber facilitado la tarea. Finalmente, sin embargo, y cuando yo pensaba que la situación estaba estabilizada de manera definitiva, interrumpió de un día para otro, ¡y por lo tanto me hizo equivocar dos veces y no una!

Cuando uno toma un paciente debe pensar que toma muchos pacientes, y que este «muchos pacientes» que es el paciente en realidad nos exigirá que seamos todos los analistas posibles: esta es, tal vez, la mayor objeción que yo hago a la idea de la pareja analítica.

En resumen, no sólo hemos estudiado la idea de la pareja analítica, sino que hemos hecho su crítica y hemos visto otro aspecto, el de las predilecciones del paciente y del analista que, a modo de las afinidades electivas de Goethe, debe tenerse en cuenta. Esto no es ya, sin embargo, algo que tenga que ver con el diálogo analítico, sino con la situación convencional que el análisis empieza siendo y deja pronto de ser.

4. La entrevista psicoanalítica: estructura y objetivos

Hemos seguido hasta este momento, creo, un curso natural en el desarrollo de nuestros temas: empezamos por definir el psicoanálisis, nos ocupamos luego de sus indicaciones y ahora nos toca estudiar el instrumento para establecerlas, la *entrevista*. Vamos a seguir muy de cerca el trabajo de Bleger (1971), claro y preciso, verdadero modelo de investigación.¹

1. Delimitación del concepto

El término entrevista es muy amplio: todo lo que sea una «visión» entre dos (o más) personas puede llamarse entrevista.² Parece, sin embargo, que la denominación se reserva para algún encuentro de tipo especial, no para contactos regulares. «Vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en lugar determinado, para tratar o resolver un negocio», dice el *Diccionario de la lengua española de la Real Academia* (1956). Esta vista, pues, tiene por finalidad discutir o desbrozar alguna tarea concreta entre personas determinadas que respetan ciertas constantes de lugar y de tiempo. Una entrevista periodística, por ejemplo, consiste en que un reportero vaya a ver a una persona, digamos un político, para recabar sus opiniones respecto de un tema de actualidad. En este sentido, es necesario delimitar a qué entrevista nos vamos a referir nosotros en esta sección del libro.

Como lo dice el título, nos ocuparemos de la *entrevista psicoanalítica*, entendiendo por ello la que se hace antes de emprender un tratamiento psicoanalítico. Su finalidad es decidir si la persona que consulta debe realizar un tratamiento psicoanalítico, lo que depende de lo que ya estudiamos, las indicaciones y contraindicaciones.

Esta definición, sin embargo, que es la más estricta y consiguientemente la más precisa, adolece de la falla de ser, justamente, un poco

¹ El trabajo de Bleger fue publicado en 1964 por el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, de donde Bleger fue eminente profesor, y pasó luego a integrar, en 1971, el libro *Temas de psicología*, publicado poco antes de su lamentada muerte.

² Para simplificar la exposición, nos referimos a la entrevista más simple, la que tiene lugar entre un entrevistado y un entrevistador, sin desconocer que el número puede variar en los dos polos.

estrecha. Por esto muchos autores, siguiendo a Harry Stack Sullivan, prefieren hablar de *entrevista psiquiátrica*, que tiene un sentido más amplio.³ De todos modos, el adjetivo crea problemas, ya que la entrevista puede terminar con el consejo de que no corresponde emprender un tratamiento psicoanalítico o psiquiátrico. Por esto, Bleger se inclina por *entrevista psicológica*, acentuando que el objetivo es hacer un diagnóstico psicológico, que su finalidad es evaluar la psiquis (o personalidad) del entrevistado, más allá de que esté sano o enfermo.

Si bien es cierto, entonces, que entendemos por entrevista psicoanalítica la que tiene como principal objetivo decidir sobre la procedencia de un tratamiento psicoanalítico, nos reservamos un rango de elección más amplio. De modo que no vamos a limitarnos a decirle al entrevistado que debe analizarse o que no debe hacerlo porque, en este último caso, es probable que ofrezcamos alguna alternativa, como otro tipo de psicoterapia o un tratamiento farmacológico; y entonces la entrevista que se inició como analítica termina por ser psiquiátrica.

Desde el particular punto de vista que estamos considerando, el mejor título para esta sección quizá podría ser, simplemente, «La entrevista», sin adjetivos.

Estas precisiones son pertinentes; pero hay que señalar que califican la entrevista por sus objetivos, y no por su técnica o por quien la realiza. Con este otro enfoque podremos decir válidamente que una entrevista es psicoanalítica cuando se la lleva a cabo con los métodos del psicoanálisis y (si queremos ponernos más formales) cuando la realiza un psicoanalista.

2. Características definitorias

Acabamos de ver que la entrevista es una *tarea* que puede entenderse por sus objetivos o por su método.

Como cualquier otra relación humana, la entrevista puede definirse a partir de la tarea que se propone, de sus *objetivos*. Estos están siempre presentes y, aunque no se los explicita ni se los reconozca formalmente, gravitan, cuando no deciden, el curso de la relación.

Los objetivos, a su vez, se rigen por pautas, pautas que siempre existen aunque no se las reconozca. Por esto se hace necesario definir *siempre* explícitamente las pautas al comienzo de la entrevista, más allá de que se advierta o no alguna duda por parte de la persona entrevistada.

No menos importante es definir la entrevista al comenzar a estudiarla, porque de esta forma se aclaran problemas que a veces confunden. Digamos para comenzar que los objetivos de la entrevista son radi-

³ Harry Stack Sullivan, sin duda uno de los más grandes psiquiatras de nuestro siglo, formó con Karen Horney y Erich Fromm el neopsicoanálisis de los años treinta. Su perdurable libro *La entrevista psiquiátrica* se publicó póstumamente en 1954, con el patrocinio de la Fundación Psiquiátrica William Alanson White, tomando por base las conferencias que Sullivan pronunció en 1944 y 1945, con algunos agregados de sus clases de 1946 y 1947.

calmente distintos de los de la psicoterapia, un punto en que muchos autores, como Bleger (1971) y Liberman (1972), insisten con razón. En un caso, el objetivo es orientar a una persona hacia una determinada actividad terapéutica; en el otro, se realiza lo que antes se indicó. De modo que la primera condición es delimitar con rigor los fines de la entrevista. Así podremos decir que solamente será legítimo lo que contribuya a consumir esos fines.

Una norma básica de la entrevista, que en buena medida condiciona su técnica, es la de facilitar al entrevistado la libre expresión de sus procesos mentales, lo que nunca se logra en un encuadre formal de preguntas y respuestas. Como dice Bleger, la relación que se procura establecer en la entrevista es la que da al sujeto la mayor libertad para expresarse, para mostrarse como es. De ahí que Bleger subraye la gran diferencia entre anamnesis, interrogatorio y entrevista. El interrogatorio tiene un objetivo más simple, rescatar información. La entrevista, en cambio, pretende ver cómo funciona un individuo, y no cómo *dice* que funciona. Lo que hemos aprendido de Freud es, justamente, que nadie puede dar una información fidedigna de sí mismo. Si pudiera, estaría de más la entrevista. El interrogatorio parte del supuesto de que el entrevistado sabe o, si queremos ser más ecuanimes, el interrogatorio quiere averiguar lo que el entrevistado sabe, lo que le es conciente. La entrevista psicológica parte, en cambio, de otro supuesto; quiere indagar lo que el entrevistado *no* sabe, de modo que, sin descalificar lo que él nos pueda decir, más va a ilustrarnos lo que podamos observar en el curso de la interacción que promueve la entrevista.

La entrevista psicológica es, pues, una tarea con objetivos y técnica determinados, que se propone orientar al entrevistado en cuanto a su salud mental y al tratamiento que mejor pueda convenirle, si eventualmente le hace falta.

Así delimitada, la entrevista psicológica persigue objetivos que se refieren al que consulta; pero también puede abarcar otras finalidades, si fuera otro el destinatario de sus resultados. Es que nosotros estamos considerando que el beneficiario de la entrevista es el potencial paciente que consulta; pero hay otras alternativas, como que la entrevista se haga en beneficio del entrevistador, que está llevando a cabo una labor de investigación científica; o de terceros, como cuando se selecciona el personal de una empresa o los candidatos de un instituto de psicoanálisis. Si bien estas finalidades pueden combinarse y de hecho no se excluyen, lo que califica a la entrevista es su objetivo primordial.

Hay otra característica de la entrevista que para Bleger tiene valor definitorio, y es la investigación: la entrevista es un instrumento que, al par que aplica el conocimiento psicológico, sirve también para ponerlo a prueba (1972, pág. 9).

Cuando centra su interés en la entrevista *psicológica*, Bleger tiene también el propósito de estudiar la psicología de la entrevista misma. «Queda de esta manera limitado nuestro objetivo al estudio de la entrevista psicológica, pero no sólo para señalar algunas de las reglas prácticas»

que posibilitan su empleo eficaz y correcto, sino también para desarrollar en cierta medida el estudio psicológico de la entrevista psicológica» (*ibid.*, pág. 9). Una cosa son las reglas con que se ejecuta la entrevista (técnica), y otra las teorías en que esas reglas se fundan (teoría de la técnica).

3. El campo de la entrevista

La entrevista configura un *campo*, lo que para Bleger significa que «entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece» *ibid.*, pág. 14). La primera regla —sigue Bleger— consiste en procurar que este campo se configure especialmente por las variables que dependen del entrevistado. Para que esto se cumpla, la entrevista debe contar con un encuadre (*setting*), donde se juntan las constantes de tiempo y lugar, el papel de ambos participantes y los objetivos que se persiguen.⁴

Hemos estudiado hasta ahora, siguiendo a Bleger, las finalidades (objetivos o metas) de la entrevista, su marco y encuadre, y ahora el campo donde se desarrolla la interacción que conduce a las metas.

Para Bleger, «campo» tiene un sentido preciso, el de un ámbito adecuado para que el entrevistado haga su juego, lo que se llama «dar cancha» en nuestro lenguaje popular. Para lograrlo, el entrevistador trata de participar lo menos posible, de modo que tanto mejor está el campo cuanto menos participe. Esto no significa, por cierto, que no participe o pretenda quedar afuera, sino que deja la iniciativa al otro, al entrevistado. De ahí la feliz expresión de Sullivan —que, por otro lado, es el creador de la teoría de la entrevista— de *observador participante*, que tanto le gustaba al maestro Pichon Rivière. De modo que por observador participante yo entiendo aquel que mantiene una actitud que lo reconoce en el campo como un interlocutor que no propone temas ni hace sugerencias y frente al cual el entrevistado debe reaccionar sin que se le dé otro estímulo que el de la presencia, ni otra intención que la de llevar adelante la tarea.

En resumen, el entrevistador participa y condiciona el fenómeno que observa y, como dice Bleger con su precisión característica, «la máxima objetividad que podemos lograr sólo se alcanza cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables del campo» (*ibid.*, pág. 19).

Esta actitud es la más conveniente para alcanzar los fines propuestos, la que mejor nos permite cumplir nuestra labor, que no es otra que ver si a esta persona le conviene o no analizarse o, con más amplitud, si requiere ayuda psiquiátrica o psicológica. Si nos involucramos más allá que lo que nuestra posición de observador participante dictamina, sea preguntando demasiado (interrogatorio), dando apoyo, expresando manifiesta simpatía, dando opiniones o hablando de nosotros mismos, va-

⁴ Más adelante veremos cómo estas ideas pueden aplicarse al tratamiento psicoanalítico.

mos a desvirtuar el sentido de la entrevista, convirtiéndola en un diálogo formal, cuando no en una chabacana conversación. Puede resultar, entonces, que al tratar de consolidar con estos métodos la relación paguemos un precio muy alto, más alto del que pensábamos. A los analistas principiantes hay que prevenirlos, más bien, de lo contrario, una actitud demasiado profesional y hermética, que causa confusión, ansiedad y enojo en el desorientado interlocutor.

La alternativa interrogatorio o entrevista, sin embargo, no debe ser considerada como un dilema inevitable, y es parte de nuestro arte amalgamarlos y complementarlos. Y para esto no hay normas fijas, todo depende de las circunstancias, del campo. A veces puede ocurrir que una pregunta ayude al entrevistado a hablar de algo importante, pero sin olvidar que más importa todavía por qué fue necesaria esa pregunta para que el sujeto pudiera hablar.

Sullivan insistió muchísimo en los procesos de angustia que se dan en la entrevista, tanto a partir del entrevistado cuanto del entrevistador. La angustia del entrevistado nos informa desde luego de primera mano sobre sus problemas; pero a veces es necesario, como diría Meltzer (1967), modular la ansiedad cuando ha alcanzado un punto crítico. Durante la entrevista esto puede ser muy pertinente, porque la tarea del entrevistador no es analizar la ansiedad, y entonces a veces hay que morigerarla para que la finalidad perseguida se cumpla.

Con respecto a la angustia inicial de la entrevista, corresponde aceptarla y no interferirla; pero no si es el artefacto de una actitud de excesiva reserva del entrevistador. Como decía Menninger (1952), el entrevistado dio el primer paso al venir, y es lógico (y humano) que el entrevistador dé el siguiente con una pregunta (neutra y convencional) sobre los motivos de la consulta, para romper el hielo.

4. Encuadre de la entrevista

Como veremos en la cuarta parte de este libro, el proceso psicoanalítico sólo puede darse en un determinado encuadre. También la entrevista tiene su encuadre, que no puede ser otro que el marcado por su objetivo, es decir, recoger información del entrevistado para decidir si necesita tratamiento y cuál es el de elección. Ahora bien, el encuadre se constituye cuando algunas variables se fijan (arbitrariamente) como constantes. A partir de este momento y de esa decisión se configura el campo y se hace posible la tarea.

Hemos dicho en el párrafo anterior que en la entrevista están por igual comprometidos entrevistado y entrevistador y ahora tenemos que estudiar las normas que regulan el funcionamiento de ambos. Debemos señalar en qué forma debe conducirse el entrevistador, que ya sabemos que *participa* en la entrevista, para estudiar objetivamente a su entrevistado. La idea de objetividad inspira a la psicología no menos que a las

ciencias físicas o naturales, pero desde sus propias pautas. El «instrumento» del psicoanalista es su mente, de modo que en la entrevista nosotros vamos a investigar en qué forma se conduce el entrevistado frente a sus semejantes, sin perder de vista que nosotros mismos somos el semejante con el cual esta persona se tiene que relacionar.

El encuadre de la entrevista supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar. El analizado debe saber que la entrevista tiene la finalidad de responder a una consulta suya sobre su salud mental y sus problemas, para ver si necesita un tratamiento especial y cuál debería ser ese posible tratamiento. 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 el otro tendrá que facilitarle esa tarea y evaluarlo.

La situación es, pues, asimétrica, y esto surge necesariamente de la función de cada uno, hasta el punto que no es preciso señalarlo sistemáticamente. Una actitud reservada pero cordial, contenida y continente pero no distante forma parte del *rol* del entrevistador, que este conservará después durante todo el tratamiento psicoanalítico si se lo lleva a cabo.

La entrevista se realiza siempre cara a cara y el uso del diván está formalmente proscripto. Por esto es preferible que los dos participantes se sienten frente a 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, lo que tiene el inconveniente de sugerir el arreglo de la sesión y no de la entrevista.

Para iniciar la reunión pueden solicitarse, por de pronto, los datos de identidad del entrevistado, luego de lo cual se le indicará el tiempo que durará la entrevista, la posibilidad de que no sea la única, y se lo invitará a hablar. La entrevista no responde, por cierto, a la regla de la asociación libre, como la sesión psicoanalítica.

No soy personalmente para nada partidario de una apertura ambigua y reñida con los usos culturales, en la que el entrevistador se queda en silencio mirando inexpresivamente al entrevistado, que no sabe qué hacer. Siempre recuerdo la experiencia que me contó un candidato (hoy prestigioso analista) en su primera entrevista de admisión. Saludó a la analista didáctica que lo entrevistaba y, con la nerviosidad del caso, pidió permiso para fumar y encendió un cigarrillo. Muda y con cara de póquer, la entrevistadora lo miraba fijamente mientras él recorría con la vista la habitación buscando en vano un cenicero. Tuvo que levantarse por fin, abrir discretamente la ventana y arrojar el cigarrillo a la calle. Una actitud así es por demás exagerada y opera simplemente como artefacto, no como estímulo para expresarse. Me hace acordar de aquella anécdota del profesor de psiquiatría que, para demostrar a sus alumnos del hospicio la característica frialdad afectiva de los esquizofrénicos, le dijo a un catatónico que su madre había muerto, y el muchacho se desmayó.

5. Técnica de la entrevista

Al fijar los parámetros en que se encuadra la entrevista hemos establecido, implícitamente, las bases de su 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 los objetivos de una y otra son distintos, lo que forzosamente va a repercutir en la técnica, sino también los instrumentos, ya que la asociación libre no se propone y la interpretación se reserva para situaciones especiales.

Sin recurrir a la asociación libre, que de hecho requiere otro encuadre que el de la entrevista y sólo se justifica cuando tiene su contrapartida en la interpretación, podemos obtener los informes necesarios 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. Rolla (1972) mira al entrevistado que se ha quedado en silencio y lo estimula moviendo la cabeza, diciendo suavemente «sí».

Ian Stevenson (1959), que escribió sobre la entrevista en el libro de Arieti, estimula al entrevistado con gestos ligeros, palabras o comentarios neutros, y hasta con alguna pregunta convencional que surge del material del cliente.

Hay una experiencia por demás interesante de Mandler y Kaplan (1956), citados por Stevenson, que muestra hasta qué punto el entrevistado es sensible a los mensajes del entrevistador. Se le pidió a los sujetos de la experiencia que pronunciaran al acaso todas las palabras que acudieran a su mente, mientras el experimentador permanecía escuchando y profería un gruñido de aprobación cada vez que el sujeto pronunciaba, por ejemplo, una palabra en plural. Bastaba ese estímulo para que aumentara significativamente el número de plurales. Es de suponer cuánto habrá de influir, entonces, nuestro interés, explícito o implícito, en la elección de los tópicos por el entrevistado.

La experiencia de Mandler y Kaplan viene a justificar convincentemente lo que todos sabemos, la importancia que puede tener en la entrevista un gesto de aprobación, una mirada o la más ligera sonrisa, igual que el ¡hum! u otra interjección por el estilo. Lo mismo se logra con la vieja técnica de repetir en forma neutra o levemente interrogativa las últimas palabras del entrevistado:

«Las dificultades, me parece, comenzaron allí.» (*Silencio breve.*)

«Allí...».

«Sí, allí, doctor. Porque fue entonces que...».⁵

⁵ Todas estas técnicas forman el cuerpo teórico de la psicoterapia no directiva de Roger.

6. De la interpretación en la entrevista

Hemos dicho repetidamente que es necesario y conveniente discriminar entre la entrevista y la sesión de psicoterapia. Digamos ahora que una diferencia notoria entre ellas es que en la entrevista no operamos con la interpretación. Liberman es muy estricto en este punto y tiene sus razones; también las tienen los que no lo son tanto y, en algunas circunstancias, interpretan.

Liberman es severo en este punto porque entiende que el setting de la entrevista no autoriza el empleo de ese instrumento y también porque quiere destacar la entrevista como lo que él llama una *experiencia contrastante*, que justamente le haga comprender al sujeto, cuando se analice la diferencia entre aquello y esto. Si el contraste no se logra, Liberman teme que las primeras interpretaciones de la transferencia negativa sean decodificadas como juicios de valor del analista. Supongo que Liberman quiere señalar que la diferencia entre lo que pasó antes y lo que pasa ahora, en la sesión, le da al analizado la posibilidad de entender el sentido del análisis como una experiencia no convencional en que el analista no opina sino interpreta. Liberman dice que «el haber efectuado entrevistas previas a la iniciación del tratamiento psicoanalítico posibilitará que, una vez comenzado el mismo, el paciente haya incorporado otro tipo de interacción comunicativa previa, que funcionará como “experiencia contrastante” de valor inestimable para las primeras interpretaciones transferenciales que podremos suministrar» (Liberman, 1972, pág. 463).

Mientras que Liberman es muy estricto al proscribir el uso de la interpretación en la entrevista, Bleger considera que hay casos determinados y precisos en que la interpretación es pertinente y necesaria, «sobre todo cada vez que la comunicación tienda a interrumpirse o distorsionarse» (Bleger, 1972, pág. 38). Esta idea continúa la línea de pensamiento de Pichon Rivière (1960) que en sus grupos operativos unía el esclarecimiento a la interpretación de la resistencia a la tarea. Por esto Bleger dice que el alcance óptimo es la *entrevista operativa*, cuando el problema que el entrevistado plantea se logra esclarecer en la forma en que concretamente se materializa en la entrevista.

Vale la pena señalar aquí que todas nuestras ideas en este punto parten de Pichon Rivière, más de su permanente magisterio verbal que de sus escritos. Entre estos puede mencionarse el que publicó en *Acta*, en 1960, en colaboración con Bleger, Liberman y Rolla. Su teoría en este breve ensayo tiene su punto de partida en *la angustia frente al cambio*, que para Pichon es de dos tipos, *depresiva* por el abandono de un vínculo anterior y *paranoide* por el vínculo nuevo y la inseguridad consiguiente (Pichon Rivière *et al.*, 1960, pág. 37).

La finalidad del *grupo operativo* (*ibid.*, pág. 38) es el esclarecimiento de las ansiedades básicas que surgen en relación con la tarea. La técnica de los grupos operativos (y, agreguemos, de la entrevista como un tipo especial de ellos) se resume en estas palabras: «La técnica de estos grupos está centrada en la tarea, donde teoría y práctica se resuelven en una pra-

xis permanente y concreta en el "aquí y ahora" de cada campo señalado» (*ibid*).

Creo por mi parte, como Bleger, que la interpretación en la entrevista es legítima si apunta a remover un obstáculo concreto a la tarea que se está realizando. No la empleo nunca, en cambio, para modificar la estructura del entrevistado (o lo que es lo mismo para darle insight), simplemente porque ese, por loable que sea, no es el propósito de la entrevista ni lo que el entrevistado necesita. El sujeto no viene a adquirir insight de sus conflictos sino a cumplimentar una tarea que lo informe sobre un tema concreto y circunscripto, si debe hacer un tratamiento y qué tratamiento le conviene.

A veces empleo la interpretación como una prueba para ver cómo reacciona el entrevistado. La interpretación que uso en ese caso es siempre sencilla y superficial, casi siempre genética, uniendo los dichos del sujeto en una relación de tipo causal, en el estilo de «¿No le parece a usted que esto que acaba de recordar podría tener alguna relación con...?». Es una especie de test que a veces puede informar sobre la capacidad de insight del entrevistado.

En resumen, el famoso y controvertido problema de interpretar durante la entrevista debe resolverse teniendo en cuenta los objetivos que nos proponemos y el material a nuestro alcance. No debe resolverse lisa y llanamente por sí o por no.

5. La entrevista psicoanalítica: desarrollo

Dijimos en el capítulo anterior que en la entrevista se configura un *campo*, porque los dos, entrevistado y entrevistador, participan, porque los dos son miembros de una misma estructura: lo que es de uno no puede entenderse si se prescinde del otro. Lo mismo sería decir que la entrevista es un grupo, donde los dos protagonistas se encuentran interrelacionados, dependen y se influyen de manera recíproca.

El grupo de la entrevista y el campo donde ese grupo se inserta sólo pueden estudiarse a partir de los procesos de *comunicación* que toda relación humana entraña; y por comunicación se entiende aquí no sólo la interacción *verbal* en que se cambian y emplean palabras, sino también la comunicación *no-verbal* que se hace a partir de gestos y señales, así como también la comunicación *para-verbal* que se canaliza a través de los elementos fonológicos del lenguaje, como el tono y el timbre de la voz, su intensidad, etcétera. De esto vamos a ocuparnos dentro de un momento, con los estilos de comunicación.

1. La ansiedad de la entrevista

Una situación nueva y desconocida donde se lo va a evaluar y de la que puede depender en buena parte su futuro tiene necesariamente que provocar ansiedad en el entrevistado. Por parejos motivos, aunque por cierto no tan decisivos, también el entrevistador llega al encuentro con una cuantía no despreciable de angustia. Si bien es posible que haya hecho muchas entrevistas en su carrera profesional, sabe que cada vez la situación es distinta y por tanto nueva, y que de ella depende en cierto grado su futuro, no sólo porque el futuro de un profesional se pone en juego cada vez que opera, y más en este caso, en que puede ser que se comprometa por muchos años con el tratamiento de una persona, sino porque sabe que la entrevista es un desafío del que ningún analista puede estar seguro de salir airoso. En otras palabras, un entrevistador responsable debe estar ansioso por su entrevistado, por su tarea y por sí mismo. A todos estos motivos comprensibles y racionales de ansiedad se agregan todavía otros, que resultan ser más importantes y derivan del significado que cada uno de los actores asigne de manera inconciente a la cita.

Como ya hemos dicho, quien primero desarrolló la teoría de la entre-

vista fue Sullivan, y lo hizo sobre la base de las operaciones que se realizan para dominar la ansiedad.

Depende en gran medida de la habilidad del entrevistador que la ansiedad en la entrevista se mantenga en un límite aceptable. Si es muy baja o está ausente, el entrevistado va a carecer del incentivo más auténtico y el vehículo más eficaz para expresar sus problemas; si es muy alta, el proceso de comunicación sufrirá y la entrevista tenderá a desorganizarse.

Una especial dificultad de la ansiedad en la entrevista es que el entrevistador no debe recurrir a procedimientos que la eviten, como el apoyo o la sugestión, y tampoco puede resolverla con el instrumento específico de la interpretación.

En general la ansiedad del entrevistado tiende a aumentar en la entrevista en razón directa, más que del silencio y la reserva del entrevistador, de la ambigüedad de sus consignas. De aquí la importancia de explicar al comienzo los objetivos y la duración de la entrevista, antes de invitar al entrevistado a que hable de lo que le parezca. El entrevistador debe ser en este punto explícito, claro y preciso, sin abundar en detalles y consignas que puedan perturbar la libre expresión de su cliente. Las más de las veces la abundancia de consignas es una defensa obsesiva del entrevistador, como su excesiva ambigüedad una forma esquizoide de intranquilizar al otro. Una participación digna y moderada que responda al montante de angustia del entrevistado será la mejor manera de motivarlo a la par que de modular su ansiedad. Al mismo tiempo, como decía Sullivan, el entrevistador tendrá que confrontar a su cliente con situaciones de ansiedad, ya que un encuentro en que el entrevistado esté siempre cómodo y tranquilo difícilmente pueda merecer la denominación de entrevista psiquiátrica.

Como ya hemos dicho, toda la concepción sullivaniana de la entrevista parte de su idea de la *ansiedad*. La ansiedad surge siempre de esa relación humana que la entrevista necesariamente es; y, frente a la ansiedad, actúa el *sistema del yo* de la persona con sus *operaciones de seguridad*. La ansiedad es, pues, para Sullivan, lo que se opone a que en esa situación *social* que es la entrevista se establezca un proceso libre y recíproco de comunicación.¹

Rolla (1972) describe diferentes modalidades de la ansiedad en el desarrollo de la entrevista. Está primero la ansiedad del comienzo (que este autor llama «de abordaje»), que tiene que ver con estrategias exploratorias y con la curiosidad. Al otro extremo, al final de la entrevista, domina la angustia de separación. Durante el desarrollo de la entrevista sobrevienen también, por cierto, momentos de angustia, crisis de angustia que pueden informarnos específicamente acerca de áreas perturbadas en la estructura mental del entrevistado. A esta angustia crítica Rolla la denomina «confusional», término que no me parece conveniente por las resonancias teóricas que puede tener.

¹ Sobre estas bases que Sullivan va a erigir su concepción de la psiquiatría moderna.

2. Problemas de transferencia y contratransferencia

El tema de la ansiedad nos lleva de la mano al de los fenómenos de transferencia/contratransferencia que tienen lugar en la entrevista.

El entrevistado reproduce en la entrevista conflictos y pautas de su pasado que asumen una vigencia actual, una realidad psicológica inmediata y concreta donde el entrevistador queda investido de un papel (*rol*) que estrictamente no le corresponde. A través de estas «transferencias» podemos obtener una preciosa información sobre la estructura mental del sujeto y el tipo de su relación con el prójimo.

El entrevistador, por su parte, no responde a todos estos fenómenos en forma absolutamente lógica, sino también en forma irracional e inconciente, lo que constituye su contratransferencia. Este tipo de reacción, por su índole, puede desde luego perturbar su tan anhelada objetividad; pero, al mismo tiempo, si el entrevistador lo registra y puede derivarlo del efecto que el entrevistado opera sobre él, logrará no sólo recuperar su por un momento perdida objetividad sino también alcanzar un conocimiento profundo y seguro de su entrevistado. Como instrumento técnico en la entrevista, pues, la contratransferencia es sumamente útil; si bien Bleger nos advierte, con razón, que no es de fácil manejo y requiere preparación, experiencia y equilibrio (1971, pág. 25).

Del tema de la contratransferencia en la entrevista inicial se ocuparon López y Rabih en un trabajo todavía inédito. Estos autores empiezan por señalar que, por su estructura, su técnica y los objetivos que persigue, la entrevista inicial es radicalmente distinta del tratamiento analítico. La entrevista tiene importancia en sí misma y también porque ejerce una profunda influencia en el tratamiento psicoanalítico que la puede continuar.

Para estos autores, una particularidad de la entrevista es la cuantía de la angustia que moviliza, que estudian a la luz de la teoría de la identificación proyectiva (Melanie Klein, 1946) y de la contratransferencia. Por sus características, la entrevista inicial deja al analista especialmente sensible, y en muchas ocasiones indefenso, frente a las identificaciones proyectivas de su cliente. Para López y Rabih esta situación puede explicarse por diversas razones, de las cuales destacan la intensa comunicación extraverbal que usa el entrevistado, justamente para evacuar su ansiedad en una situación por demás ansiógena. Frente a este fuerte impacto, el entrevistador no puede usar el legítimo recurso de la interpretación que, en otras condiciones, ayudaría al analizado al par que resolvería la sobrecarga de angustia contratransferencial. Y no puede hacerlo, como ya lo hemos dicho, porque no lo autorizan sus objetivos ni se ha dispuesto un encuadre donde la interpretación pueda operar. Como dice Bleger, «toda interpretación fuera de contexto y de *timing* resulta una agresión» (Bleger, 1971, pág. 39). O, agreguemos, una seducción.

Cuanto mayor sea el monto de ansiedad del entrevistado, mayor será su tendencia a «descargarse» en la entrevista, transformándola, como dicen López y Rabih, en una psicoterapia brevísima, con un engañoso alivio que puede movilizar una típica huida hacia la salud. En estos casos,

la sobrecarga contratrasferencial no puede ser sino intensa; pero de ella puede obtener el entrevistador una información que le permita operar con la máxima precisión.

Una observación de estos autores es que en tres momentos queda el entrevistador especialmente expuesto a la identificación proyectiva, a saber: apertura, cierre y formulación del contrato. Esta tercera alternativa, de hecho, no pertenece formalmente a la entrevista, sino a esa tierra de nadie en que la entrevista terminó y el tratamiento no ha empezado. Por otra parte es en ese momento que las fantasías mágicas de curación y de todo tipo quedan contrastadas con la realidad de una tarea larga e incierta.

3. Evolución de la entrevista

Un punto original e importante del trabajo de Liberman (1972) es que la entrevista tiene una *evolución* y que de ella podemos derivar valiosas predicciones. En cuanto experiencia previa al tratamiento psicoanalítico, la entrevista informa sobre hechos fundamentales. El analista, por de pronto, fijará el criterio de analizabilidad de esa persona con respecto a sí mismo; el futuro paciente, por su parte, saldrá de la entrevista con una experiencia que, a su debido tiempo, podrá contrastar con la sesión para obtener una primera comprensión del método psicoanalítico. La entrevista, pues, nos permite evaluar lo que podemos esperar del potencial analizado y, recíprocamente, qué necesitará él de nosotros.

Si un problema que se planteó al principio evoluciona favorablemente, hay derecho a pensar que el entrevistado tiene recursos para superar las situaciones críticas o traumáticas —las crisis vitales, como dice Liberman—. Si sucede lo contrario, y el problema resulta al final peor que al principio, tenemos derecho a sentar un pronóstico menos optimista.

Esta evolución puede darse desde luego en una sola entrevista; pero es más posible y detectable en dos. Por esto Liberman insiste en que la unidad funcional es de dos entrevistas y no una. En este punto estoy plenamente de acuerdo con Liberman y por varios motivos. Por de pronto, porque puede apreciarse a veces esa evolución favorable (o desfavorable) de un determinado conflicto o crisis. Hay que tener en cuenta, además, que el entrevistado cambia por lo general de una a otra entrevista y el entrevistador mismo puede cambiar y aun reponerse del impacto que puede haberle significado el primer encuentro. Por último, creo conveniente darle al entrevistado un tiempo para pensar su experiencia, antes de darla por terminada. En su comentario sobre el trabajo de Liberman, Héctor Garbarino (1972) piensa que no siempre es necesaria una segunda entrevista; pero yo creo que eso puede ser cierto sólo en casos muy especiales. Berenstein (1972), por su parte, en su comentario sobre el trabajo de Liberman, se declara partidario de varias entrevistas: «Hacer dos o tres entrevistas permite ver cómo ese paciente y ese analista registran la separación y el encuentro» (pág. 487). Coincido con Berenstein en la importancia

de la evaluación la manera en que el entrevistado responde a la separación.

Cuando hablamos de *la* entrevista, pues, nos estamos refiriendo a una unidad funcional. En general nunca debe hacerse una sola, sino todas las que sean necesarias para cumplir con la tarea emprendida. En resumen, conviene pues decir de entrada que esa entrevista no será la única y eventualmente hacer hincapié en que las entrevistas no son un tratamiento (ni transformarlas nosotros en tratamiento prolongándolas en demasía).

Durante las entrevistas tenemos oportunidad de estudiar algunas de las crisis vitales que atravesó el entrevistado en el curso de su vida, y la que más nos interesa, la actual, la que necesariamente atraviesa el sujeto durante la época en que consulta. Si no logramos detectar esta crisis vital con sus elementos inconcientes e infantiles, afirma Liberman, corremos el riesgo de empezar un análisis a ciegas.

Para detectar la evolución que se da en la serie de entrevistas, Liberman echa mano a las funciones yoicas por él descritas y también a su teoría de que esas funciones se corresponden con determinados estilos: reflexivo con búsqueda de incógnitas y sin suspenso, lírico, épico, narrativo, dramático con suspenso y dramático con impacto estético. A través de los cambios de estilo durante el curso de las entrevistas, Liberman puede llegar al conflicto inconciente, la ansiedad y las defensas, detectando cómo se modifican, sea diversificándose y ampliándose cuando la evolución es favorable, sea estereotipándose y restringiéndose si la marcha es negativa.

4. Indicadores prospectivos de la pareja analítica

Hemos dicho ya que entre entrevistado y entrevistador (lo mismo que entre analizado y analista) existe una interacción que configura un campo. Es evidente, pues, que los problemas psicopatológicos no pueden siquiera pensarse sino a través de una teoría vincular, de una teoría de las relaciones de objeto, que en el tratamiento psicoanalítico se llama teoría de la transferencia y de la contratransferencia. El proceso no se da exclusivamente en el paciente sino en la *relación*.

Cuando discutimos las indicaciones del psicoanálisis hablamos con cierto detenimiento de *la pareja analítica*, y ahora tenemos que volver al tema en el marco de la entrevista. Para el caso de que exista la pareja analítica, ¿es posible predecirla en el momento de la entrevista? Liberman cree que esto es posible si se utilizan los indicadores que él propone.

Decidido partidario de la pareja analítica, Liberman utiliza las entrevistas para evaluar hasta qué punto la interacción que se establece entre entrevistador y entrevistado será curativa o iatrógena. En el primer caso asumiremos la tarea que se nos propone, esto es, elegiremos a nuestro paciente; en el segundo sabremos descalificarnos a tiempo, para darle al entrevistado «una nueva oportunidad remitiéndolo a otra persona con

quien consideremos que sí puede tener una conjunción de factores que hagan más favorables las condiciones para que se desarrolle un proceso psicoanalítico» (Lieberman, 1972, pág. 466).

Los indicadores que ofrece Lieberman para diagnosticar prospectivamente la compatibilidad de la pareja asientan en lo que acabamos de ver sobre la evolución de la entrevista. Si durante las entrevistas se reproduce una crisis vital y, paradigmáticamente, la que está cursando el entrevistado, la que en alguna manera lo llevó a la consulta, y esa crisis se resuelve bien, hay derecho a suponer que el curso de ese análisis va a seguir ese modelo favorable. El isomorfismo entre los motivos de la consulta y los conflictos que realmente tiene el paciente sientan también un pronóstico auspicioso. Del mismo modo, cuanto mayor capacidad tenga el analista para captar los mecanismos de defensa movilizados por el paciente, en mejores condiciones estará para tratarlo, lo mismo que si en el curso de las entrevistas esos mecanismos cambian. Ya hablamos hace un momento de las alternativas del registro estilístico como una pauta fina y precisa para medir la evolución del proceso.

Los instrumentos que enumera Lieberman miden sin duda la analizabilidad del sujeto y/o la capacidad del analista; pero, ¿miden de veras lo que Lieberman se propone descubrir? Si no hay isomorfismo entre los motivos que el sujeto aduce y sus verdaderos conflictos (como los ve, supongamos que correctamente, el analista), lo único que se puede inferir es que ese paciente está muy perturbado. Viceversa, cuando el analista capta rápida y penetrantemente los mecanismos de defensa de su paciente potencial, puede inferirse que es un analista competente; pero habría todavía que probar que esa competencia depende de un sistema de comunicación específico entre ambos, porque de no ser así estaríamos de nuevo frente al hecho trivial de que la mejor pareja se alcanza cuando el paciente distorsiona poco y el analista comprende mucho.

La grave patología del paciente, dice Lieberman, puede hacer que él se descalifique para preservarse y no dañar su instrumento de trabajo. ¿Sería lindo preguntarle a quién mandaría ese enfermo que a él, nada menos, podría dañar! Es evidente que aquí Lieberman está hablando lisa y llanamente de indicaciones y analizabilidad, lo que nada tiene que ver con la pareja, máxime cuando afirma que «generalmente son los analistas que se inician en su práctica aquellos que se harán cargo de los pacientes más difíciles y que han sido descartados por los otros» (*ibid.*, pág. 470). El hecho de que sean los analistas más capaces los que tienen, por lo general, los enfermos más analizables es una de las grandes y dolorosas paradojas de nuestra práctica.

Encuentro, en cambio, plausible y legítimo el caso opuesto, esto es, que un analista principiante y conciente de sus limitaciones se haga a un costado frente a un caso difícil y lo derive a un analista de gran experiencia, como era Lieberman. En este caso es obvio, sin embargo, que no se ha operado con el criterio de una pareja analítica sino simplemente con el que yo propongo, es decir que, si se mantienen las otras variables, el mejor analista forma siempre la mejor pareja. Creo personalmente que un

analista tiene todo el derecho de no hacerse cargo de un determinado caso, simplemente porque no le gusta o lo considera muy difícil; pero debería hacerlo sin ampararse en la confortadora idea de pareja.

Hay otros analistas que, sin emplear el sofisticado armamento de Liberman, se dejan llevar simplemente por el «feeling» que les despierta el entrevistado; pero yo desconfío mucho de este tipo de sentimientos. Son más aplicables al matrimonio o el deporte que al análisis. Si después de terminada una entrevista me digo que me gustaría analizar a este tipo o, viceversa, que no me gustaría, pienso que se me ha planteado un problema de contratrasferencia que tengo que resolver. No hay duda que derivarlo, si me resulta desagradable, le ofrece a mi desdichado paciente la posibilidad de encontrar un analista que simpatice más con él de entrada; pero no resuelve el problema de los sentimientos que despierta en los otros. El tema surgirá fatalmente en el análisis y sólo allí podrá resolverse. Nadie piensa, por cierto, que una dama que ha caído víctima del amor de transferencia debe cambiar de analista y tratarse con una mujer.

Yo creo, finalmente, que el problema de la pareja analítica parte siempre del error de pensar que la relación entre analizado y analista es simétrica. Se olvida que, por muchos problemas que el analista tenga y por mucho que lo afecte su insalubre profesión, está también protegido por su encuadre. Si subrayamos la psicopatología del analista vamos a creer en la importancia de la pareja; y si acentuamos las habilidades del analista opinaremos que cuanto mejor analista es uno, mejor analiza. A mi juicio, esta diferencia metodológica puede explicar, tal vez, el contexto en que surge el problema, aunque no lo resuelva. La diferencia entre la habilidad del analista y su psicopatología no radica simplemente en el énfasis con que se plantea esta opción dilemática, dado que de nada valdrá una buena capacidad para analizar que esté vinculada radicalmente con la psicopatología del analista. El destino de la relación analítica se define por la psicopatología del paciente y por las cualidades del analista.

No hay que confundir, por último, algunos aspectos convencionales del comienzo del análisis con sus problemas sustanciales. Más allá de lo coyuntural, una vez que se establezca el proceso todo eso desaparecerá y sólo gravitarán la psicopatología del paciente y la pericia del analista.

Al abandonar la idea de la pareja, renuncio a la posibilidad de hacer predicciones acerca de cómo va a influir en el proceso el específico vínculo entre un determinado analista y un determinado analizado; pero lo hago porque considero que la variable en estudio es ilusoria, o tan compleja que no puede considerársela válidamente.

5. Un caso clínico espinoso

Hay casos que plantean por cierto una situación muy particular. Muy perturbado por el suicidio de su esposa, un hombre se decidió a consultar a una analista que tenía el nombre de la muerta. A la analista consultada

se le planteó un problema bastante peliagudo. Pensó si no sería mejor para el paciente derivarlo a un colega que no reprodujera «realmente» tan desdichadas circunstancias. Por otra parte, no se le escapaba que la elección estaba fuertemente determinada por la trágica homonimia.

De hecho, se le presentaban varias alternativas: derivar al paciente, o tomarlo en análisis sin tocar para nada el delicado asunto, delegándolo prudentemente al proceso que habría de iniciarse. La analista, sin embargo, pensó que ambas posibilidades postergaban para un futuro incierto lo que estaba sucediendo aquí y ahora. Decidió plantear el problema en la segunda entrevista y lo hizo como si fuera un tema contingente y casual. El entrevistado reaccionó vivamente y reconoció que, cuando decidió consultar, no había reparado en esa circunstancia. Y, empero, comprendía que el nombre de la analista podía tener algo que ver con su elección. Pasado ese brevísimo momento de insight, volvió a negar el conflicto y afirmó que la circunstancia señalada no iría a gravitar en la marcha de su análisis. La analista le respondió que era un dato a tener en cuenta y no vaciló en tomarlo, sabiendo para sus adentros que estaba enfrentando una tarea difícil. Insistir, contra la (fuerte) negación del paciente, en un cambio de analista, pensó, reforzaría la omnipotencia destructiva de aquel hombre, habría sido como darse por muerta.

Digamos también, para terminar de comentar este interesante caso y aclarar mi forma de pensar, que yo habría hecho lo que hizo esta analista (y no lo habría mandado a un analista de nombre distinto, como tal vez hicieran un Gitelson o un Rappaport). Distinta sería mi conducta, por supuesto, si el paciente se hubiera decidido por otro analista. En ese caso, lo habría complacido sin la menor vacilación, absteniéndome de emplear la interpretación para convencerlo. La «interpretación» en ese caso no sería para mí más que un acting out contrasferencial, ya que el paciente nunca podría recibirla en esas circunstancias como una información imparcial destinada a darle mejores elementos de juicios para decidir.

Hay todavía otra alternativa a considerar. Así como la analista de mi ejemplo (que era una técnica de mucha experiencia) decidió tomar al paciente, podría haberse excusado por no sentirse capacitada. En ese caso, sin embargo, el analista debe reconocer sus limitaciones y recomendar otro de mayor experiencia. De esta manera le daría al futuro analizado una prueba de honestidad y le informaría, implícita pero formalmente, de su grado de enfermedad, todo lo cual no se lograría, por cierto, diciendo que la dificultad reside en la homonimia, la «pareja». En el primer caso, le informo al paciente de mis limitaciones y de las suyas; en el otro, las dos quedan eludidas.

6. La entrevista de derivación

La entrevista de derivación abarca una temática muy restringida y al parecer sencilla; y sin embargo no es así. Plantea en realidad pro-

blemas complejos que pueden crear dificultades en el manejo práctico, aunque sirven también a una mejor comprensión de la teoría de la entrevista en general.

La entrevista de derivación es por de pronto más compleja que la otra, ya que debemos obtener de ella una información suficiente para sentar una indicación y, al mismo tiempo, evitar que el entrevistado se ligue demasiado a nosotros, lo que puede poner en peligro nuestro propósito de mandarlo a un colega. Hay todavía una tercera dificultad en este tipo de entrevista, y es la prudencia con que se deben recibir los informes (cuando no las confesiones) y recabar datos de alguien que, por definición, no va a ser nuestro analizado.

Lieberman insiste en su trabajo en que el entrevistador en estos casos debe dar un solo nombre, para que no se refuerce en el entrevistado la idea de que es él quien entrevista. Recuerdo vivamente y no sin cierta amargura a algunas personas que entrevisté cuando me instalé en Buenos Aires en 1967, de regreso de Londres. Provenían todas de colegas generosos y amigos que me habían recomendado. Algunos de estos entrevistados no tenían más que mi nombre; en otros casos, yo venía incluido en una lista de algunos analistas posibles. Los que venían con su lista a veces me trataban como quien está realizando una selección de personal (¡y para peor lo hacían seguros de su gran habilidad psicológica!). En fin, hay muchos analistas que de buena fe dan varios nombres para ofrecer al futuro analizado la oportunidad de elegir, para que pueda decidir cuál es el analista que les conviene; pero creo, con Liberman, que están equivocados.

Recuerdo en cambio a un hombre de mediana edad derivado por un colega que sólo le había dado mi nombre. La primera entrevista fue dura y difícil y quedamos en vernos nuevamente una semana después. Dijo entonces con mucha sinceridad que yo le había parecido —y le seguía pareciendo— antipático, rígido y altanero, de modo que pensó no volver más y recurrir al doctor R. (el colega que me lo mandó) para pedirle otro analista, más cordial y simpático. Luego pensó las cosas nuevamente y decidió que él necesitaba un médico capaz de tratarlo (como el doctor R. le había dicho que yo lo era sin lugar a dudas), y no un amigo bonachón y atrayente. ¡Era un paciente capaz de dejar conforme hasta a la doctora Zetzel!

Coincido, pues, completamente, con las advertencias de Liberman en este punto, y siempre doy al futuro paciente que derivo un solo nombre. Acostumbro a pedirle, al mismo tiempo, que me comunique cómo le fue en la entrevista que va a realizar y quedo a sus órdenes para cualquier dificultad que pudiera surgir. Con esto dejo abierta la posibilidad de que vuelva a llamarme si no le gusta el analista al que lo mandé, sin reforzar sus mecanismos maníacos, ni fomentar una reversión de la perspectiva.

No coincido en cambio para nada con la idea de que el analizado elige a su futuro analista tanto como este a aquel. Creo que Liberman superpone aquí dos problemas, seguramente por su declarada adhesión a la teoría de la pareja analítica: que el analizado no debería nunca realizar la «entrevista» de su futuro analista no quiere decir que no lo elija.

Yo creo que el futuro analizado elige de hecho y de derecho a su analista, aunque bien sé que la mayoría de las veces lo hace por motivos muy pocos racionales; y sé qué poco podemos hacer para evitarlo. Las razones por las cuales fuimos elegidos, junto a las fantasías neuróticas de curación que Nunberg estudió en su clásico ensayo de 1926, sólo aparecen, por lo general, mucho después del comienzo del análisis.

Por más que nos duela, la verdad es que nosotros le ofrecemos nuestros servicios al futuro paciente y él siempre tendrá derecho de aceptarlos o rehusarlos. La idea de que yo tengo también derecho a elegir a mis pacientes me resulta inaceptable, ya que veo siempre mi sentimiento de rechazo como un problema de mi contratrasferencia. No me refiero aquí, por supuesto, a las consideraciones que realmente pueden decidirme a no tomar un paciente, en términos de predilecciones y conveniencias concientes, como vimos en el capítulo 3.

7. La devolución

Todos los analistas coinciden en que al término del ciclo de las entrevistas algo tenemos que decir al entrevistado para fundar nuestra indicación. Hay analistas (y yo entre ellos) que prefieren ser parcos en sus razones, porque piensan que un informe muy detallado se presta más a ser malentendido y facilita la racionalización. Otros, en cambio, como los Liendo (1972), son más explícitos.

Yo pienso que la devolución no debe ir más allá del objetivo básico de la tarea realizada, esto es, aconsejar al entrevistado el tratamiento más conveniente, la indicación con sus fundamentos, siempre muy sucintos.

En realidad, y sin considerar la curiosidad normal o patológica, los motivos que sientan la indicación en principio no están dentro de lo que el paciente necesita saber.

6. El contrato psicoanalítico

Así como el tema de las indicaciones y las contraindicaciones se continúa naturalmente con el de la entrevista, hay también continuidad entre la entrevista y el contrato. Ubicada entre las indicaciones y el contrato, la entrevista debe ser, pues, el instrumento que, por una parte, nos permita sentar la indicación del tratamiento y, por otra, nos conduzca a formular el contrato. Una de las estrategias de la entrevista será, entonces, preparar al futuro analizado para suscribir el metafórico *contrato psicoanalítico*.

1. Consideraciones generales

Tal vez la palabra «contrato», que siempre empleamos, no sea la mejor, porque sugiere algo jurídico, algo muy prescriptivo. Sería quizá mejor hablar del convenio o el acuerdo inicial; pero, de todos modos, la palabra contrato tiene fuerza y es la que utilizamos corrientemente.¹ Sin embargo, y por la razón indicada, cuando llega el momento de formularlo, 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. Un amigo mío, discípulo entonces en Mendoza, me contó lo que le pasó con uno de sus primeros pacientes, a quien le propuso «hacer el contrato». El paciente, abogado con una florida neurosis obsesiva, vino a la nueva entrevista con un borrador del contrato a ver si al médico le parecía bien. La palabra, pues, debe quedar circunscripta a la jerga de los analistas y no a los futuros pacientes. Digamos, de paso, que mi joven discípulo de entonces, hoy distinguido analista, cometió dos errores y no uno. Empleó inadecuadamente la palabra y creó además una expectativa de ansiedad para la próxima entrevista. Si se aborda el tema del contrato, debe resolverse de inmediato y no dejarlo para la próxima vez. Frente a esa espera angustiada, un abogado obsesivo puede responder como lo hizo aquel hombre.

El propósito del contrato es definir concretamente 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 que los compromete el tratamiento analítico, para evitar que después, duran-

¹ Freud prefería la palabra pacto, que en nuestro medio tiene una clara connotación psicopática.

te el curso de la terapia, puedan surgir ambigüedades, errores o malos entendidos. Digamos mejor, para no pecar de optimistas, que el convenio sirve para que cuando la ambigüedad se haga presente —porque los malentendidos surgirán en el tratamiento, inevitablemente— se la pueda analizar teniendo como base lo que se dijo inicialmente. Desde ese punto de vista, se podría decir que, en cierto modo, el proceso analítico consiste en cumplir el contrato, despejando los malentendidos que impiden su vigencia.

Con esto queda dicho que lo que más vale es el espíritu de lo pactado, mientras que la letra puede variar de acuerdo con la situación, con cada enfermo y en cada momento. Es justamente atendiendo a ese espíritu que algunas estipulaciones se tienen por ineludibles y otras no. Esto 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» (1912e) y en «Sobre la iniciación del tratamiento» (1913c) Freud formula las bases teóricas del contrato, es decir su espíritu, a la vez que establece las normas fundamentales que lo componen, es decir sus cláusulas.

Freud tenía una singular capacidad para descubrir los fenómenos y al mismo tiempo explicarlos teóricamente. Cada vez que se lo piensa, vuelven a sorprender la precisión y la exactitud con que él definió los términos del pacto analítico y sentó con ello las bases para el establecimiento del encuadre. Porque para comprender el contrato hay que pensarlo con referencia al encuadre, y al revés, sólo puede estudiarse el encuadre con referencia al contrato, ya que, evidentemente, es a partir de determinados acuerdos, que no pueden llamarse de otra manera que contractuales, cómo ciertas variables quedan fijadas como las constantes del setting.

Estos dos trabajos definen las estrategias que hay que utilizar para poner en marcha el tratamiento y, previo a dichas estrategias, los acuerdos a que hay que llegar con el paciente para realizar esa tarea singular que es el análisis. También está incluida en la idea de contrato la de que el tratamiento debe finalizar por acuerdo de las partes; y por esto, si sólo uno de los dos lo decide, no se habla de terminación del análisis sino de interrupción. Desde luego, el analizado tiene libertad para rescindir el contrato en cualquier momento y en especialísimas circunstancias también 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.² A veces, este es muy breve o implícito, pero siempre existe y a él se remiten las partes para realizar la tarea convenida, tanto más cuando surgen dificultades. Si bien el contrato psicoanalítico tiene sus particularidades, sigue Menninger, en última instancia no se diferencia sustancialmente del que uno puede establecer cuando va de compras o encarga alguna tarea a un operario o profesional.

² (1958), cap. II: «El contrato. La situación del tratamiento psicoanalítico como una transacción de dos partes contratantes».

Una vez explicitadas las cláusulas de un contrato, sea cual fuere, queda definido un tipo de interacción, una tarea; y por esto importa siempre exponerlas claramente. Sólo si se estipularon correctamente las normas con que se va a desenvolver una determinada labor podrán superarse las dificultades que surjan 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, no hay que perder de vista que el riesgo nunca se puede eliminar por completo, y pretenderlo implicaría un error que podríamos calificar de sobreprotección, control omnipotente, manía o idealización, según el caso. Oí comentar alguna vez que una de las mejores analistas del mundo, ya de avanzada edad, al tomar a un candidato le advirtió el riesgo que corría por esa circunstancia.

2. Los consejos de Freud

En los dos trabajos mencionados Freud dice concretamente que va a dar algunos consejos al médico, al analista. Estos consejos, que demostraron ser útiles para él, pueden sin embargo variar y no ser iguales para todos, aclara prudentemente. Si bien es cierto que Freud no se propone darnos normas fijas sino más bien sugerencias, la verdad es que los consejos que da son universalmente aceptados y, en alguna medida, implícita o explícitamente, son lo que nosotros le proponemos a los pacientes, porque son la base de la tarea.

Cuando Freud dice que sus consejos se ajustan a su forma de ser pero pueden variar, abre una discusión interesante, y es la de la diferencia entre el estilo y la técnica. Si bien no todos los analistas hacen esta distinción, yo me inclino a creer que la técnica es universal y que el estilo cambia. No se me oculta que hay aquí una cierta ambigüedad, porque los lectores podrían preguntar qué entiendo yo por estilo, y qué por técnica. Pueden objetar, también, que depende de mis predilecciones personales, de mi arbitrio, que clasifique algo dentro de la técnica o del estilo. Todo esto es completamente cierto: cuanto más digo yo que determinadas normas forman parte de mi estilo, más circunscribo el campo de la técnica como patrimonio universal de todos los analistas y viceversa; pero, de todos modos, yo creo que hay diferencia entre las cosas que son personales, propias del estilo de cada analista, y otras que son universales, que corresponden a un campo en que todos en alguna forma tenemos que estar de acuerdo. Creo realmente que es una diferencia válida, si bien no ignoro que siempre quedarán algunas normas cuya ubicación en uno u otro campo será imprecisa. Considero que estas imprecisiones deben aceptarse como parte de las dificultades intrínsecas a nuestra tarea.

Algunos consejos de Freud, que él piensa que son eminentemente personales, como el de pedir a sus pacientes que se acuesten para no tener

que soportar que lo miren, han llegado a ser indispensables para nuestra técnica. Aquí, claramente, lo que Freud introduce como algo propio de su estilo es, de cabo a rabo, una norma técnica universal. Pocos analistas lo discuten; Fairbairn (1958), por ejemplo.

Por lo general, casi todos los psicoanalistas que dejan de serlo porque cuestionan los principios básicos de nuestra disciplina empiezan por remover el diván de su consultorio, como Adler, que busca que su paciente no se sienta inferior. Esto puede ser fundamental para un psicólogo individual, pero nunca para un psicoanalista que reconoce en el sentimiento de inferioridad algo más que una simple posición social entre analizado y analista.

Por esto no creo convincentes las reflexiones de Fairbairn en «On the nature and aims of psycho-analytical treatment» (Sobre la naturaleza y los objetivos del tratamiento psicoanalítico), recién citado. Fairbairn previene a los analistas contra el peligro de que una adhesión muy estricta al método científico les haga olvidar el factor humano, indispensable e insoslayable en la situación analítica. A partir de esta toma de posición, el gran analista de Edimburgo llegará a desconfiar de la validez de ciertas restricciones de la técnica analítica, como el tiempo fijo de las sesiones y el uso del diván. Duda si conviene que el paciente se tienda en un diván y el analista se coloque fuera de su campo visual,³ herencia fortuita de la técnica hipnótica y de ciertas peculiaridades de Freud. Así es que Fairbairn abandonó finalmente el diván, aunque al parecer no sin cierto conflicto, ya que aclara que no aboga por una técnica cara a cara como la de Sullivan (que así realiza su famosa entrevista psiquiátrica) sino que él se sienta en un escritorio y ubica a su paciente en una silla confortable no a su frente sino de costado, etcétera, etcétera. Para alguien que como yo tiene simpatía y respeto por Fairbairn, estas precisiones hacen sonreír brevemente.

Si rescato la diferencia entre lo general y lo particular, entre la técnica y el estilo es porque a veces se confunden y llevan a discusiones acaloradas e inútiles. En otras palabras, podemos elegir nuestro estilo, pero las normas técnicas nos vienen de la comunidad analítica y no las podemos variar.

La modalidad con que yo recibo a mis pacientes, por ejemplo, y la forma en que les doy entrada al consultorio pertenecen por entero a mi estilo. Otro analista tendrá su modalidad propia y a no ser que fuera muy disonante con los usos culturales ninguna podría considerarse inferior. Consiguientemente, nadie podría dar una norma técnica al respecto. Cuando uno se muda de consultorio es probable que cambien algunas de estas formas.

De todos modos, y es importante señalarlo, una vez que yo he adoptado mi propio estilo, eso pasa a ser parte de mi encuadre y de *mi* técnica.

Cuando discutimos la técnica de la entrevista, señalamos que Rolla (1972) se inclina a estipulaciones muy estrictas en cuanto a cómo saludar, cómo sentarse y cómo hacer sentar al paciente, etcétera. Yo creo que esas

³ (1958), pág. 378.

normas son parte de un estilo personal y no elementos estándar de la entrevista. Se propone, por ejemplo, que el entrevistador y el entrevistado se sienten en sillones que guarden un cierto ángulo entre sí, para que no queden frente a frente. Esta prescripción es, a mi juicio, parte de un estilo; y nadie podría decir que si alguien tiene un sillón giratorio está incurriendo en un error técnico.

Volviendo a los consejos de Freud, diremos que configuran las cláusulas fundamentales del contrato analítico, en cuanto apuntan a la regla fundamental, el uso del diván y el intercambio de tiempo y dinero, esto es, frecuencia y duración de las sesiones, ritmo semanal y vacaciones.

3. Formulación del contrato

Sobre la base de los items básicos que Freud estableció y que acabamos de enumerar, corresponde formular el contrato. Es preferible centrar la atención en lo fundamental y no es ni prudente ni elegante ser demasiado prolijo o dar muchas directivas. La regla fundamental puede introducirse con muy pocas palabras y con ella el empleo del diván. Luego vienen los acuerdos sobre horarios y honorarios, el anuncio de feriados y vacaciones y la forma de pago. Nada más.

Cuando subrayamos que lo esencial es el espíritu del contrato y no la letra teníamos presente que ni aun las cláusulas esenciales tienen por fuerza que introducirse de entrada y, viceversa, otras pueden incluirse según las circunstancias.

La regla de la asociación libre puede plantearse de muy distintas maneras, y aun no explicitarse de entrada. Como decía Racker (1952) en una nota al pie de su *Estudio 3*, la regla fundamental puede no ser comunicada de entrada pero, de todos modos, pronto se la hará conocer al analizando, por ejemplo al pedirle que asocie o que diga todo lo que se le ocurre sobre un determinado elemento del contenido manifiesto de un sueño (pág. 80). Nadie duda de que es mejor comunicar sin dilación la regla fundamental, pero puede haber excepciones. A un paciente muy asediado con pensamientos obsesivos habrá que tener cuidado al plantearse-la, para no crearle de entrada un problema de conciencia demasiado grande. En cambio, un paciente hipomaniaco —y ni que hablar si es maniaco— no necesitará un estímulo muy especial para decir todo lo que piensa. Del mismo modo, acentuar con un psicópata que tiene la libertad de decir todo lo que quiera, puede ser simplemente la luz verde para su acting out verbal.

Con esto he querido señalar que aun en la convención que llamamos fundamental —la regla de la asociación libre— pueden plantearse circunstancias especiales que nos aconsejen seguir un camino distinto del habitual, sin que con esto quiera decir en absoluto que podemos apartarnos de la norma.

Las cláusulas fundamentales del contrato responden a una pregunta

ineludible, que está en la mente del entrevistado cuando se le da la indicación de analizarse: en qué consiste el tratamiento. Se formule o no, esta pregunta nos ofrece la oportunidad de proponer lo más importante del contrato. Podremos decir, por ejemplo: «El tratamiento consiste en que usted se acueste en este diván, se ponga en la actitud más cómoda y serena posible y trate de decir todo lo que vaya apareciendo en su mente, con la mayor libertad y la menor reserva, tratando de ser lo más espontáneo, libre y sincero que pueda». Así, introdujimos la regla fundamental y el uso del diván, luego de lo cual se puede hablar de horarios y honorarios.

La norma de que cuando el paciente no viene tiene que pagar la sesión es conveniente introducirla de entrada, pero, si el entrevistado se muestra muy ansioso o desconfiado, puede dejársela de lado y plantearla a partir de la primera ausencia. Esta postergación, sin embargo, trae a veces problemas, ya que el paciente puede considerarla una respuesta concreta a su ausencia, y no una regla general.

Otras normas, en cambio, no deberían proponerse en el primer momento, es decir en la entrevista, sino cuando surjan en el curso del tratamiento. Un ejemplo típico podría ser el de los cambios de hora o los regalos. Son normas contingentes, que tienen que ver más con el estilo del analista que con la técnica; sólo se justifica discutir las llegadas el caso. Si un paciente empieza a pensar en hacerle un regalo al analista, o lo sueña, este podrá, en tal caso, exponer su punto de vista.

4. Contrato autoritario y contrato democrático

En cuanto va a regular el aspecto real de la relación entre analizado y analista, el acuerdo tiene que ser necesariamente justo y racional, igualitario y equitativo. De aquí la utilidad de diferenciar el contrato democrático del contrato autoritario o el demagógico. El contrato *democrático* es el que tiene en cuenta las necesidades del tratamiento y las armoniza con el interés y la comodidad de ambas partes.

He observado repetidamente que los analistas jóvenes tienden a pensar de buena fe que el contrato obliga más al futuro analizado que a ellos mismos, pero están por entero equivocados. Así piensan, desde luego, todos los pacientes, lo que no es más que parte de sus conflictos. En realidad, el analizado sólo se compromete a cumplir determinadas consignas que hacen a la tarea, y ni siquiera a cumplirlas, sino a intentarlo. No es autoritario que el analista vele por estas consignas, porque debe custodiar la tarea convenida como cualquier operario responsable de su oficio. Por otra parte, a cada obligación del analizado corresponde simétricamente una del analista. A veces los pacientes se quejan de que el analista fije el período de vacaciones, por ejemplo, pero nada hay en esto de autoritario o unilateral: todo profesional fija su período de descanso y, además, si esa constante quedara a discreción del paciente se desordenaría la labor del analista.

El contrato es racional en cuanto las consignas se ajustan a lo que se ha determinado como más favorable para que el proceso analítico se desarrolle en la mejor forma posible, de acuerdo con el arte. La regularidad y estabilidad de los encuentros no sólo se justifican por el respeto recíproco entre las partes sino porque son necesarias para el desarrollo de la cura.

Desde estos puntos de vista, no me resulta difícil definir el contrato *autoritario* como aquel que busca la conveniencia del analista antes que preservar el desarrollo de la tarea. Cuando el contrato busca complacer o apaciguar al paciente en detrimento de la tarea, debe ser tildado de *demagógico*.

Si las entrevistas se desarrollaron correctamente y culminaron con la indicación de analizarse, ya al fundar esta indicación el analista enunciará los objetivos del tratamiento, explicará al entrevistado que el psicoanálisis es un método que opera haciendo que el analizado se conozca mejor a sí mismo, lo que tiene que darle mejores oportunidades para manejar su mente y su vida. De aquí surge la pregunta que ya mencionamos, en qué consiste el tratamiento; y, consiguientemente, las normas de cómo, cuándo y dónde se va a realizar ese trabajo que es el análisis.

Surgen así naturalmente, por un lado, la regla analítica fundamental, es decir cómo tiene que comportarse el analizado en el tratamiento, cómo tiene que informarnos, cómo debe darnos el material con el que nosotros vamos a trabajar y en qué consiste nuestro trabajo: en devolver información, interpretando. Así se introduce la regla de la asociación libre, que se puede formular de muy diversas maneras; y luego las constantes de tiempo y lugar, frecuencia, duración, intercambio de dinero y de tiempo, etcétera. Todo se da, pues, naturalmente, porque si yo le digo a alguien que va a realizar un trabajo conmigo, inmediatamente me va a preguntar cuántas veces tiene que venir y a qué hora, cuánto tiempo vamos a trabajar, etcétera. En este contexto es de rigor que el futuro analizado pregunte por la duración del tratamiento, a lo que se responderá que el análisis es largo, lleva años y no se puede calcular de antemano lo que va a durar. Se puede agregar, también, que en la medida en que uno ve que su análisis progresa se preocupa menos por su extensión.

No hay que perder de vista que, por su índole singular, las cláusulas del contrato psicoanalítico no son inviolables, ni exigen del paciente otra adhesión que la de conocerlas y tratar de cumplirlas. El analítico no es un *contrato de adhesión*, como se dice jurídicamente para caracterizar el contrato en que una parte impone y la otra tiene que acatar: las dos partes contratantes suscriben (metafóricamente) este convenio, porque lo consideran conveniente.

Por esto dijimos antes que el contrato es importante como punto de referencia de la conducta ulterior del paciente. Nosotros descontamos desde ya que el analizado no lo va a cumplir, no va a poder cumplirlo. La norma se formula no para que sea cumplida sino para ver cómo se comporta frente a ella el analizado. Lo que muchas veces se ha llamado la actitud permisiva del analista consiste, justamente, en que la norma se impone pero no se impone. Cuando surja un impedimento para cumplirla,

lo que le importa al analista es ver de qué se trata: el analista va a enfrentar el incumplimiento no con una actitud normativa (y menos punitiva) sino con su específica cualidad de comprensión.

Es distinto que yo le diga al paciente que se acueste en el diván, a que le diga que tiene que acostarse, o que no le diga nada. Sólo en el primer caso queda abierto el camino para analizar. En el tercer caso, yo no podría hacer nunca una interpretación del *voyeurismo*, por ejemplo. El paciente diría, con toda razón, que no es por *voyeurismo* que no se acuesta sino porque yo no le dije que tenía que hacerlo. Si lo dejé librado a su criterio y su criterio es quedarse sentado, no hay nada más que decir. En cambio, si le he dicho que se acueste y hable, y el paciente me dice que no le gusta estar acostado porque siente angustia o porque no le parece natural hablar acostado a alguien que está sentado, o lo que fuere, entonces ya está planteando un problema que puede y debe ser analizado. Es decir, sólo una vez que el analista ha formulado la norma puede analizarla si no la cumple el paciente. Desarrollé este tema con cierta extensión en un trabajo presentado al Congreso Panamericano de Nueva York, en 1969.

La tolerancia frente al incumplimiento de la norma nada tiene que ver, a mi juicio, con la ambigüedad. Evito ser ambiguo, prefiero decir las cosas taxativamente y no dejar que el paciente las suponga. Si, por ejemplo, el paciente me pregunta en la primera sesión si puede fumar, yo le digo que sí, que puede hacerlo y que ahí tiene un cenicero.⁴ Algunos analistas prefieren no decir nada, o interpretar el significado de la pregunta. Yo creo que esto es un error porque una interpretación sólo es posible cuando se fijaron antes los términos de la relación. El paciente no lo entiende como una interpretación sino como mi forma de decirle que puede o no puede fumar. Si le digo, por ejemplo, «usted quiere ensuciarme», entenderá que no lo dejo; si le digo «usted necesita que le dé permiso», entenderá que no necesita pedírmelo, que no me opongo. Ni en un caso ni en otro habrá recibido una interpretación. Por esto, yo prefiero no ser ambiguo. Si después de esa aclaración el paciente vuelve a plantear el problema, ya no cabe otra actitud para el analista que interpretar. Justamente haber sido claro al comienzo permite después ser más estricto.

Lo mismo vale para la asociación libre. La regla fundamental debe darle al paciente, y con claridad, la idea de que él tiene, en primer lugar, la libertad de asociar, que puede asociar, que puede decir todo lo que piensa; pero, al mismo tiempo, debe saber que el analista espera que no se guarde nada, que hable sin reservas mentales. No le digo que tiene la obligación de decir todo lo que piensa, porque sé que eso es imposible: nadie dice todo lo que piensa ni siquiera en la última sesión del más cumplido análisis, porque siempre hay resistencias, represiones. Trato, entonces, de hacerle ver al paciente no sólo que tiene libertad para decir todo lo que piensa sino también que debe decirlo aunque le cueste, en

⁴ Pertenece por entero al estilo del analista que deje fumar a sus pacientes o les ruegue que se abstengan de hacerlo.

forma tal que él sepa que la norma existe y que su incumplimiento va a ser materia de mi trabajo.

Cuando al comienzo de mi práctica no introducía claramente la norma de acostarse en el diván, la mayoría de mis pacientes se quedaban sentados y yo no sabía qué hacer. Un ejemplo más risueño todavía es el de aquel alumno mío que me consultó porque *todos* sus pacientes se quedaban callados. Por más que él ya había leído su *Análisis del carácter* y les interpretaba el silencio, no lograba absolutamente nada. Su difícil y enigmática situación sólo pudo resolverse cuando explicó cómo formulaba la regla fundamental: «Usted puede decir todo lo que piensa y también tiene el derecho de quedarse callado». Con esta consigna, los pacientes optaban por lo más sencillo. Esta formulación, dicho sea de paso, es un ejemplo típico de contrato demagógico.

Esto nos vuelve al punto de partida. Dijimos que el contrato analítico debe ser justo y equitativo. En el caso recién citado, el contrato era demagógico, ya que se le daba al paciente más libertad de la que tiene. La regla fundamental es, por cierto, una invitación generosa a hablar con libertad, pero es también una severa solicitud en cuanto pide sobreponerse a las resistencias. Por esto no creo que la atmósfera analítica sea permisiva, como se dice con frecuencia. El contrato analítico supone responsabilidad, una grande y compartida responsabilidad.

5. Contrato y usos culturales

Las consignas del contrato, en cuanto normas que establecen la relación entre las partes, tienen que ajustarse a los usos culturales. El psicoanálisis no podría nunca colocarse fuera de las normas generales que rigen la relación de las personas en nuestra sociedad. El analista debe tratar de respetar los usos culturales en cuanto tienen validez. Si no la tienen y eso puede afectarlo, entonces podrá denunciarlo y discutirlo. Para ejemplo de lo que quiero decir, tomemos el pago de los honorarios con cheque. En nuestro país existe el uso cultural de pagar de esta forma, y en este sentido, no sería adecuado no aceptar un cheque del analizado, siempre que sea de su cuenta y no, por supuesto, de terceros, porque esto implica ya un abuso de confianza cuando no un acto psicopático. Si un analista le pide a sus pacientes el pago en efectivo porque le es más cómodo está en su derecho, es su estilo. Yo no lo hago porque me parece que no va con las costumbres y no va con mi estilo personal. Si un analista me dijera que no recibe cheques porque el cheque sirve para negar el vínculo libidinoso con el dinero, yo le diría que está equivocado. Si un paciente piensa que al pagar con cheque no paga o no ensucia la relación, o lo que fuera, corresponde analizar estas fantasías y la implícita falla en la simbolización, sin recurrir a un recaudo que sería propio de la técnica activa. Un analista europeo dijo una vez en nuestra ciudad que él exige que le paguen con cheque para que el paciente no piense que él elude sus réditos,

pero ese proceder también corresponde a mi juicio a la técnica activa. Mejor será analizar por qué el paciente piensa así (¡o por qué *no* piensa así, si ocurriera en Buenos Aires!). Un hombre joven, que era ejecutivo de una casa importante y tenía malos manejos con el dinero, venía muchas veces con el cheque de su sueldo y quería trasferírmelo. A veces pretendía que le hiciera de banco y le devolviera lo que del cheque excedía mis honorarios. Nunca acepté este tipo de arreglos y preferí siempre esperar a que él lo descontara y entonces me pagara, aun sabiendo que corría el riesgo de que gastara el dinero en el interregno. Cuando pasó a ser socio de la firma, entonces sí aceptaba el cheque de la empresa, si era por el importe justo de mis honorarios, aunque venía firmado por el contador de la empresa y no por él.

Nunca acepto pago en moneda extranjera ni a cuenta de honorarios, pero puedo cambiar esa norma en ciertas circunstancias. Un analizado (o analizada) vino preocupado a su última sesión antes de las vacaciones porque había calculado mal mis honorarios y ya no le alcanzaba el dinero que tenía disponible para pagarme. Me preguntó si podía abonarme el pequeño saldo en dólares, o si yo prefería que me lo pagara en pesos a la vuelta. Le dije que hiciera como mejor le pareciera y centré mi atención en las angustias de separación —de las que, entre paréntesis, el paciente tenía conciencia por primera vez, después de haberlas negado invariablemente muchos años—. Variaciones como esta no son, a mi juicio, un cambio de técnica, y no pueden comprometer en absoluto la marcha del tratamiento.

Si un analizado se enferma y falta al análisis por un tiempo, el analista puede modificar coyunturalmente la norma de cobrar las sesiones. Dependerá de las circunstancias, de lo que el paciente proponga y también de sus posibilidades. No es lo mismo un hombre pudiente que otro de escasos recursos; no es lo mismo el que pide se considere esa situación que quien no la plantea. La norma puede variar dentro de ciertos límites. Hay siempre un punto de toda relación humana en que es necesario saber escuchar al otro y saber qué es lo que desea y espera de nosotros, sin que eso nos obligue a complacerlo. Aceptar la opinión del paciente no siempre significa gratificarlo o conformarlo, del mismo modo que no aceptarla no tiene por qué ser siempre un desaire o una frustración.

Los viajes plantean un problema interesante. Una solución salomónica, que aprendí de Hanna Segal cuando vino a Buenos Aires en 1958, es cobrar la mitad. Esto implica, por un lado, un compromiso del paciente, porque sigue haciéndose cargo de su tratamiento aunque no viene; y, por otro lado, cubre en alguna forma el lucro cesante del analista, en cuanto «no es un mal negocio» cobrar la mitad por horas que uno puede disponer libremente. Una persona muy acaudalada no sabía si empezar su análisis antes o después de las vacaciones de verano. Me había hecho la salvedad de que se iba a Europa y me preguntó si le cobraría esas sesiones en caso de empezar. Le dije que si empezaba antes le cobraría la mitad del valor de las sesiones en las que estuviera ausente por el viaje. Esto quedó como norma para el futuro; pero en una ocasión se ausentó inopinada-

mente por unos días a un balneario, a pesar de que yo le interpreté el sentido que tenía hacerlo. Esa vez no le concedí la franquicia, para que quedara en evidencia que era una decisión unilateral y yo no estaba de acuerdo.

No hay que perder de vista que el dinero no es lo único que cuenta en estos casos, ni siquiera lo más importante. Para la persona recién citada, que disponía de dinero para viajar cuantas veces quisiera y que limitó sus viajes a lo indispensable durante su prolongado tratamiento, la reducción de los honorarios tenía más bien el carácter de un reconocimiento de mi parte de que sus viajes eran justificados. Del mismo modo una persona puede pedir que se cancele una sesión o que se cambie la hora para no sentirse en falta y no por el dinero de la consulta o para manejar psicopáticamente al analista.

Un aspecto interesante es el de la influencia de la inflación sobre los honorarios. Entre nosotros se ha hecho ya clásico el trabajo que presentaron Liberman, Ferschtut y Sor al Tercer Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, reunido en Santiago de Chile en 1960.⁵ Este trabajo es importante porque muestra que el contrato analítico sella el destino del proceso y está a su vez subordinado a factores culturales como es en este caso la inflación. Sobre este tema volvió recientemente Santiago Dubcovsky (1979), mostrando convincentemente el efecto que tiene la inflación sobre la práctica analítica y las posibilidades de neutralizarla no tanto con medidas pretendidamente estabilizadoras sino con acuerdos flexibles y razonables, que respeten los principios del método y tengan en cuenta las necesidades y posibilidades de ambas partes contratantes.

Hay que tener mucho cuidado en estas cosas y no deslizarse a una actitud superyoica, irracional. A mí me lo enseñó mi primer paciente, que ahora es un distinguido abogado platense y que se trató conmigo por una impotencia episódica que a él lo preocupó mucho y que atribuía, no sin cierta razón, a un padre muy severo. Entonces, en aquel lejano tiempo, mi encuadre era mucho más laxo que ahora y yo no tenía idea de lo que significaba su estabilidad. Mi paciente me pedía siempre cambios y reposiciones de hora cuando tenía que dar examen o estudiar, y yo siempre se los concedía sin nunca cuestionármelo ni tampoco analizarlo, ya que la «norma» era simplemente que, en esos casos, se llegara a un acuerdo sobre la hora de la sesión. Después que terminó su carrera y que estaba muy contento porque había superado su impotencia, se fue un par de días con una chica a divertirse. Me pidió como siempre un cambio de hora y yo le dije que no se lo iba a conceder, porque la situación era distinta. Me dijo entonces, categóricamente, que yo era igual o peor que el padre: cuando me pedía un cambio de hora para estudiar yo siempre se lo concedía; pero para salir con una chica, no. Tenía razón, al menos desde su punto de vista. Yo debería haber analizado con más esmero sus cam-

⁵ Se publicó en el número extraordinario del volumen 18 de la *Revista de Psicoanálisis*, en 1961.

bios anteriores y también este de ahora antes de darle una respuesta. Este ejemplo sirve para señalar la importancia de la norma, porque en este caso la norma era que yo le «tenía» que cambiar el horario. Con la persona de los viajes, en cambio, la norma era que ella era responsable de la hora, aunque yo podía contemplar el caso particular.

Hay que tener siempre presente que el contrato es un acto racional, entre adultos. De ahí que la ecuanimidad con que se haga sienta las bases del respeto mutuo entre analista y analizado, lo que también se llama alianza de trabajo.

6. Los límites del contrato

El contrato establece un pliego de condiciones con las obligaciones que tienen el analizado y el analista. Estas relaciones son recíprocas y, tal vez más que recíprocas, tienen que ver con el tratamiento mismo como persona jurídica (si me permiten usar esta expresión los abogados). Hay, sin embargo, derechos y obligaciones que el analista y el analizado tienen como personas, que no hacen al contrato. No siempre es fácil discriminar en este punto y veo vacilar a mis alumnos y también, para ser sincero, a mis colegas.

Un analista puede tener el deseo de supervisar a uno de sus pacientes; es un derecho que todo analista tiene, incluso una obligación, si es un candidato; pero de ninguna manera puede eso quedar incluido en el contrato. Alguna persona del ambiente, algún analista que me ha tocado tratar, me ha dicho algo así, que quiere o no quiere que controle su caso, pero yo nunca he respondido, no me he sentido de ninguna manera en la necesidad de hacerlo. Cuando el paciente se refiere a algo que tiene que ver con el contrato, en cambio, corresponde responderle. Si me pregunta si voy a ser reservado con lo que él me diga, yo le contesto que sí, que tengo la obligación de guardar el secreto profesional, aunque esto él debiera saberlo y su pregunta tuviera otros determinantes. No me siento obligado a contestar, en cambio, cuando son cosas que hacen a mi propia discreción, a mi arbitrio. Si un colega me pidiera supervisar al cónyuge de un paciente mío, o en general a un familiar cercano, no lo haría; pero no considero esa decisión como parte del contrato con mi paciente. Si este me lo planteara alguna vez no me sentiría en la obligación de aclarárselo. Tampoco me gusta supervisar pacientes con los que me liga un vínculo de amistad. Una vez descubrí, supervisando un caso de homosexualidad, que el *partenaire* de aquel hombre era alguien que yo conocía desde joven y así me enteré sin proponérmelo de su perversión. Creo que la mayoría de los analistas acepta este tipo de limitaciones, pero no se las debe considerar de ninguna manera cláusulas del contrato. Un analizado supo que yo era el supervisor de un candidato que trataba a su cónyuge y me preguntó si yo supervisaría ese caso. Decidí responderle que no lo haría pero no consideré ese planteo como parte del contrato.