

explicar el estado intrapsíquico del paciente maniaco-depresivo y el carácter oral en términos de determinantes de la interacción interpersonal.

A estos factores etiológicos se añade la relación entre la niña y el padre en la formación de su imagen propia como mujer, y reacciones de ansiedad y depresión en relaciones ulteriores con hombres. La presente disertación deja abierta la conclusión acerca de los estados depresivos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Roth, M., *En: Depression: a Cambridge Postgraduate Medical Course*. Cambridge Univ. Press, 1964.
- (2) Bigelow, N., "The Involutional Psychoses". *American Handbook of Psychiatry*, Arieti, S., Ed. Nueva York, Basic Books, 1958, vol. 1, p. 540.
- (3) Deutscher, M., "Some Observation on the Psychological Consequence of Induced Abortion." *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 35, núm. 2, marzo, 1965, páginas 212-213.
- (4) Freud, S., *Mourning and Melancholia*. En: *Collected papers*, vol. IV, 1917.
- (5) Jacobsen E., "The Oedipus Conflict in the Development of Depressive Mechanisms". *Psychoanalyt. Quart.* 12, 1943.
- (6) Benedek, T., "Climacterium: A Developmental Phase". *Psychoanalytic Quarterly*, XIX, 1950, p. 1.
- (7) Fessler, L., "The Psychopathology of Climacteric Depression." *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 19, 1950, p. 28.
- (8) Deutsch, H., *Psychology of Women*. Grune & Stratton, Nueva York., vol. I, 1944.
- (9) — Citado por Lewis, B., *The Psychoanalysis of Elation*. The Hogarth Press, Londres, 1951, p. 54.
- (10) Lampl-De Groot, J., "The Oedipus Complex in Women" (1927). En: *The Development of the Mind*. Int. Univ. Press, Inc. Nueva York, 1965.
- (11) Bibring, E., "The Mechanism of Depression." En: Greenacre, Ed., *Affective Disorders*. Int. Univ. Press, Nueva York, 1953.
- (12) Bellak, L., *Manic-Depressive Psychosis and Allied Conditions*. Grune & Stratton, Nueva York, 1952.
- (13) Abraham, K., *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books, Nueva York, 1960.
- (14) Spiegel, R., "Communication in the Psychoanalysis of Depressions." En: Masserman, Ed., *Psychoanalysis and Human Values*, Grune & Stratton, Nueva York, 1962.
- (15) Klein, M. *Contribution to the Psychogenesis of the Manic-Depressive States*, 1935. — "Mourning, Its Relation to Manic-Depressive States," 1940. En: *Contributions to Psychoanalysis*, 1921-1945. Hogarth Press, Londres, 1948.
- (16) Spitz, René, "Anaclitic Depression." En: *Psychoanalytic Study of the Child*. Int. Univ. Press, vol. 1, 1945; vol. 2, 1946.
- (17) Rado, S., "Psychosomatics of Depression from the Etiologic Point of View." *Psychosom. Med.* 13, 1951, p. 51.
- (18) Jacobson, E., "The Effect of Disappointment on Ego and Super-Ego Formation in Normal and Depressive Development." *Psychoanalyt. Rev.* 33, 1946, p. 129.
- (19) Cohen, M. D., G. Baker, R. A. Cohen, F. Fromm-Reichmann, E. V. Weigert, "An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-depressive Psychosis." *Psychiatry* 17; 1954, p. 103.
- (20) Arieti, S., Manic-Depressive Psychoses." En: Arieti, Ed., *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books, Nueva York, 1958, vol. I, p. 432 ss.
- (21) Forrest, T., "Paternal Roots of Female Character Development." En prensa. *Contemporary Psychoanalysis*.
- (22) Sullivan, H. S., "Erogenous Maturation". *Psychoanalyt. Rev.*, 13; 1926, pp. 1-15.

FACTORES DE EFICACIA EN LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

Franz Heigl

LA DISERTACIÓN siguiente no pretende ser una exposición completa de los factores eficaces desde el punto de vista terapéutico. Sólo se presentarán en ella algunas nuevas técnicas de terapia con la intención de estimular el estudio y la experimentación en ese campo.

En 1958, Eissler(4) caracterizó la técnica psicoanalítica como una que se apoya totalmente en interpretaciones. De acuerdo con esto, la interpretación del psicoanalista sería el factor terapéutico decisivo. Surgen, entonces, dos preguntas:

1) ¿Cómo se llegó a esta valoración de la interpretación? o, dicho con otras palabras, ¿cuál es la historia de la técnica psicoanalítica? y

2) ¿Podemos hoy seguir afirmando que la interpretación es el factor terapéutico fundamental en el psicoanálisis?

Empezaré por la primera cuestión esbozando en forma sumaria la historia de la técnica psicoanalítica, historia que es, a un tiempo, de la teoría del psicoanálisis; sobre lo cual ya Arlow (3) y Alexander (1) llamaron la atención.

Como primer periodo de la técnica psicoanalítica puede considerarse el de la hipnosis catártica (1887-1894). En aquellos tiempos el análisis era como una obra dramática en un solo acto: el paciente se libera de sus cuerpos extraños; los sentimientos reprimidos se manifiestan en la catarsis. El factor eficaz en sentido terapéutico era el descargo de emociones o afectos reprimidos.

Con dos hallazgos dio Freud al estudiar los fenómenos hipnóticos: la doctrina de la motivación inconsciente o irracional en la experiencia y conducta humanas, que es desde entonces la piedra angular del psicoanálisis, y el papel de la represión, o sea, el hecho de que las experiencias emocionales del pasado son decisivas en las alteraciones de la conducta en el presente (análisis Dora).

La meta de la terapia en esta fase era, primero, la abreacción de efectos "enclavados", sexuales en su mayoría; y después, la reconstrucción del pasado.

Al hacer esto, el paciente renunciaba a sus funciones de control sobre sus emociones y examen de la realidad, y las transfería al terapeuta; "regresaba" a la fase del niño dependiente y obedecedor.

Con ello, empero, no se lograban éxitos duraderos, y Freud comprendió pronto que había de buscar un método que no excluyera cabalmente la conciencia y la capacidad crítica del ego del paciente; que le ofreciera a éste una mejor posibilidad de enfrentarse a lo reprimido.

Así llegó el psicoanálisis a su segunda fase: la de la *sugestión en estado de vigilia* o del recuerdo forzado. Como nuevas metas se agregaron a las anteriores: el vencimiento de la resistencia del ego dirigida contra el material reprimido y el mejoramiento de las funciones interactivas del ego. Freud com-

batía la resistencia en forma sugestiva, es decir, atacando de frente al sugerir al paciente que podía hacer memoria con sólo esforzarse.

Fue éste, el estadio más breve de la técnica psicoanalítica (1895-1899). Tampoco aquí alcanzó Freud éxitos suficientes. Por la sola sugestión los pacientes no pueden ser obligados a recordar los sucesos causantes de traumas y neurosis. Por cierto, el método de la sugestión en vigilia es el que menos trascendió a la técnica posterior.

Sigue el tercer periodo de la técnica psicoanalítica, el de la *libre asociación* (de 1899 a 1904). Significa para Freud ("El método psicoanalítico freudiano", 1904) el momento del nacimiento del psicoanálisis propiamente dicho.

Fue entonces cuando Freud sentó la llamada regla fundamental. Debía ayudar a vencer las resistencias contra el afloramiento de sentimientos reprimidos. Las asociaciones libres del paciente eran una sustitución de las reminiscencias provocadas por la hipnosis y la sugestión en estado de vigilia; al propio tiempo representaban la continuación del método de arrancar recuerdos al inconsciente. La meta, en todo esto, seguía siendo para Freud la misma; a saber, la evocación del pasado patogénico, aunque contenía el nuevo matiz de reconstruir el desarrollo de la personalidad. Un elemento del todo original se había insertado en esta técnica de la libre asociación; mientras que en la hipnosis se perseguía la abreacción de afectos masivos enclavados, en la asociación libre se buscaba la descarga de afectos en cantidades menores. Freud ve un importante factor curativo en esta descarga de afectos en pequeñas cantidades siguiendo el cauce del esclarecimiento del pasado por medio de la asociación. El ego regula él mismo, por decirlo así, cuánto material inconsciente admite, cuánto puede soportar.

La curación por medio de la descarga de afectos en pequeñas dosis es impulsada por las interpretaciones del analista que ayudan al paciente a hacer consciente lo inconsciente; esto se convierte, desde ese momento, en la meta primordial de la terapia.

Pero algo más resultó un factor terapéutico eficaz —y quizá aún más importante: a la observación de la regla fundamental por parte del paciente, correspondía en forma implícita la actitud objetiva "libre de valoraciones" amable y estimulante del terapeuta. Ambos factores terapéuticos dan pie a una nueva relación emocional entre paciente y médico. El paciente experimenta en el proceso terapéutico que el terapeuta no acusa ni condena como lo hicieron los padres. Sólo por esto se hizo posible que lo inconsciente fuera consciente.

Otro instrumento terapéutico fue para Freud la llamada situación *psicoanalítica*: el que el paciente permaneciera tendido en el diván, o sea, una limitación planeada de la movilidad y un mínimo de interacciones convencionales, sobre lo cual también Erikson(6) insistiría.

Pero esta técnica había de conducir asimismo a un callejón sin salida: el analista, por esta nueva relación emocional, se convirtió en blanco de las actitudes inconscientes del paciente. El enfrentamiento de Freud a esta desconcertante experiencia (el terapeuta quiere ayudar objetivamente al paciente y éste sólo se enfoca en su propia persona) marca el principio del cuarto pe-

riodo de la técnica; me refiero a la *transferencia*. Alrededor de 1905 comienza *de facto* esta fase del análisis, en tanto que las correspondientes disquisiciones técnicas de Freud ("Acerca de la dinámica de la transferencia", "Recomendaciones al médico en el tratamiento psicoanalítico", "Reminiscencia, repetición y asimilación", "Observaciones sobre el amor transferido") aparecieron más tarde, entre 1912 y 1915.

El *manejo de la transferencia* se convirtió en el más potente factor de curación del análisis. El paciente se ve confrontado con antiguos conflictos infantiles en una nueva situación, en la que se siente capaz de dominarlos. El valor terapéutico de la neurosis de transferencia reside, como en la inmunología (Alexander 1, 2), en que una relación neurótica del pasado se vivifica en la comunicación con el analista. Las tensiones emocionales de ayer surgen en "cuantos" más pequeños, en la relación analítica, y el paciente aprende a gobernarlas —tensiones y conflictos que antes no supo resolver ni domeñar. Aquí el arte del analista, en la manipulación de la transferencia, estriba precisamente en ponderar la cantidad de material inconsciente emergido de nuevo, que el paciente puede asimilar.

La neurosis de transferencia es, pues, la forma experimental, condensada, de la neurosis actual del paciente, y como tal se consideró factor de eficacia terapéutica fundamental. Esta neurosis es más suave que la neurosis infantil del paciente; por una parte, el ego ha madurado y por la otra, el analista no representa un peligro real. A causa de esto, y con razón, se ha recomendado que se procure limitar la relación con el paciente a la de analista.

A esta fase, entonces, se añade la interpretación de la transferencia actual, que si es positiva se la tiene por el factor curativo más potente, junto con la presión de dolencia. Así, es para Freud un hecho que el proceso de curación se cumple exclusivamente en el diván; en la situación analítica.

Si en la fase de la libre asociación tenía preeminencia el descubrimiento del inconsciente reprimido, en el periodo de la transferencia su análisis y el de la resistencia se consideran primordiales. Dicho en forma esquemática, el análisis de la resistencia (incluyendo el de la transferencia) prevalece sobre el análisis del contenido!

A partir de esta cuarta fase de la transferencia asoman en otros analistas divergencias de las ideas de Freud; sobre todo, respecto a la reconstrucción genética, al carácter repetitivo de la transferencia y a la tesis de que el proceso curativo sólo vea su realización en el diván.

Entre los primeros que discordaron de la excesiva atención prestada a la reconstrucción genética estuvieron Rank y Ferenczi (20), a los que después se unirían Schultz-Hencke (25, 26), Reich (22), Clara Thompson (32), Alexander (1), Karen Horney (13), Sullivan (29), Rado (18) y otros. Todos ellos restan importancia a la repetición del pasado en el análisis e insisten, en cambio, en la investigación de la situación vital momentánea. No sólo se transfieren las situaciones conflictivas infantiles pasadas, sino las presentes, que son nuevas formas de una problemática no resuelta: la revelación de la situación conflictiva actual se considera como terapéutica eficaz.

En cuanto a la relación con el analista, ésta no sólo está integrada por pa-



trones de repetición, sino que además se crea una nueva relación recíproca. La transferencia positiva es sólo uno de varios factores terapéuticos. El paciente es un niño proyectando sobre una pantalla, pero es también un adulto en una relación real. Por lo tanto, la eficacia terapéutica descansa tanto en la transferencia positiva del paciente, como en el ofrecimiento del analista de una relación real y espontánea. Seguramente a esto se refiere Nacht (16) cuando habla de la "presencia" del terapeuta.

Por último: la curación no sólo se verifica en el diván (opinión que comparten Schulz-Hencke (27), Alexander (2), Rado (19) y otros). El proceso terapéutico, aunque iniciado en el análisis, se prosigue en la vida ordinaria del paciente, y debe hacerlo. Es cierto que la transformación del enfermo principia en la relación con el analista; pero para su curación es fundamental el cambio en las relaciones de la vida real.

Estas divergencias respecto a Freud condujeron al quinto periodo de la técnica analítica, a la *fase de la reeducación emocional* del paciente o *corrective emotional experience*. El agente terapéutico central en este método de la experiencia emocional correctiva es, según Alexander (1), que el paciente experimenta la diferencia entre su idea momentánea del prójimo (determinada por el miedo) y la verdadera índole de éste; vive, en el análisis, la discrepancia entre la situación transferencial y la real. Si la experimenta de veras, esta nueva experiencia afectiva puede ocurrirle dentro y fuera del análisis; más aún, él debe estar dispuesto a repetirla en su vida cotidiana, es decir, a aprender.

Esto no significa, en principio, nada nuevo respecto de Freud; sólo está dicho con más precisión. El análisis se considera, ahora, como una serie de experiencias emocionales correctivas. No es ya la transferencia positiva, junto con la presión de dolencia, el momento curativo más fuerte, sino la experiencia emocional correctiva dentro y fuera del análisis. También aquí es eficaz el principio de las pequeñas dosis: el paciente comprueba, por ejemplo, una y otra vez que el analista no adopta una actitud negativa cuando aquél lo critica, y este hecho corrige a la larga la influencia inhibitoria de los padres o del superego.

De aquí resulta al mismo tiempo una divergencia de la tesis antes descrita de Eissler (4), que sostiene que el método psicoanalítico es una técnica dependiente totalmente de las interpretaciones. Por mucho que acierte, la interpretación sola no es decisiva, como lo es la actitud general del analista. Para establecer una relación espontánea, empática, con el paciente, son determinantes la personalidad y capacidad del terapeuta. Su comprensión y empatía son los más potentes estímulos para el desenvolvimiento del paciente. Cuando precisamente la incompreensión ha contribuido como factor de rigidez, en la génesis, a la inhibición de los impulsos y deseos, entonces la comprensión y aceptación explícita, contenidas en una relación de camaradería, son el principal *corrigens* en el análisis. A esto apuntaron sobre todo Riemann (23), Frederich Weiss (33), Tauber (30a), Fromm (9), Karen Horney (14) y otros.

Mi opinión es que el analista debe alternar entre ambas actitudes: de una parte, disponerse a la llamada actitud de espejo para dar libre curso a la transferencia; de otra, estar en condiciones de crear una relación emocional espontánea, es decir, considerar al paciente como un interlocutor, porque sólo de esta manera le posibilita una experiencia emocional correctiva, o sea, el reconocimiento de la diferencia entre la situación transferencial y la real. Con la actitud de espejo, el analista hace veces de catalizador impersonal y pantalla de proyección para provocar material inconsciente; en la relación espontánea se da como "prójimo" al paciente, como compañero, y lo ayuda, así, a transformar el material emergido.

Con la acentuación del factor terapéutico que actúa por medio de la personalidad del terapeuta, empieza la sexta fase técnica del psicoanálisis: la fase de la *contratransferencia*. Por ella entiendo, con Freud, en sentido estricto, la transferencia de antiguos modelos de conducta, del terapeuta al paciente. De esta suerte, la *manipulación de la contratransferencia* (Heigl) (11) se convierte en otro agente terapéutico. El análisis, que hasta la fase de la transferencia (la reconstrucción genética con ayuda de la interpretación es aquí la meta terapéutica decisiva) había sido un drama de un solo personaje se convierte ahora en pieza teatral de dos, en la que paciente y psicoanalista participan en el proceso de aprendizaje emotivo y cognoscitivo. No sólo el analizado aprende del analista en una serie de nuevas experiencias emocionales, también éste aprende del paciente, y utiliza además sus reacciones de contratransferencia para descubrir y enfrentarse a formas de transferencia del paciente que habían merecido poca o ninguna atención de su parte.

Aquí doy fin al breve resumen de la historia de la técnica psicoanalítica, aunque antes quisiera hacer resaltar los puntos esenciales en base de los cuales se consideró la interpretación de Eissler como el factor terapéutico decisivo. La interpretación en el psicoanálisis tiene dos funciones:

- 1) Ayuda a la movilización de material hasta ese momento inconsciente, y
- 2) contribuye a su integración en el sistema de la consciencia, o con otras palabras, sirve a la asimilación, en la que el nuevo material se vincula al ya familiar.

En este sentido, la interpretación se mantiene como uno de los más importantes instrumentos del analista para alcanzar la meta terapéutica de eliminar síntomas neuróticos por medio de cambios estructurales en el paciente. Mas ya no podemos dar toda la razón a Eissler. Sus tesis nos parecen ahora demasiado estrechas: otros factores existen, que consideramos también como eficaces desde el punto de vista terapéutico: la capacidad del terapeuta de establecer una relación espontánea con el paciente, a lo que contribuye la aceptación del paciente como compañero; su operar con la contratransferencia y la *corrective emotional experience del paciente*, primero dentro del análisis y más tarde también fuera de él.

Referiré a continuación algunas modificaciones o adiciones que determinaron el desenvolvimiento de la técnica psicoanalítica después de Eissler. En ocasiones sólo estaré en condiciones de describir meros intentos. Este desarrollo ulterior de la técnica puede agruparse en



I. Medidas interpretativas que pretenden estimular el material inconsciente y ayudar al paciente a enfrentarse a él. No hago aquí la distinción propuesta por Schwidder (28) y aplicada por Quint (17) entre interpretar y atribuir un significado sino que entiendo por interpretación ambos conceptos.

II. Cambios en la relación entre paciente y analista.

III. Aplicación de técnicas más activas, o sean, intervenciones para impedir la regresión negativa del paciente.

Entraré ahora en la discusión más detallada de los tres grupos:

I. Comienzo por describir un tipo especial de interpretación que conduce a impulsar el material inconsciente: encierra una actitud más espontánea, repentina e inmediata del analista, a la que se podría nombrar, con apoyo en el término acuñado por Eissler del pseudo parámetro del humor, pseudoparámetro de la espontaneidad del psicoanalista. Se pretende con esta interpretación irritar al paciente para, así, estimular el material inconsciente; se persigue afectarlo emocionalmente haciéndole la interpretación intencionadamente incomprensible. Tauber, sobre todo (30a, 31), del Instituto Sullivan, apoyándose en Fromm señala la importancia de la espontaneidad del analista. En el caso de pacientes esquizoides neuróticos compulsivos, con un fuerte impediente, llega al grado de relatar propios sueños en los que figure el paciente, para incitarlo a sondear la persona del analista.

Tauber (30b) parte de que el paciente debe experimentar el efecto de su conducta en otras personas, y precisamente mediante la espontaneidad del analista. También Riemann (24) insiste en que tratándose de personas esquizoides debe procederse cuanto antes a hacerles ver la impresión que causan sobre otras personas las probables reacciones de éstas. Así, por ejemplo, cuando un paciente con rasgos esquizoides socava cualquier cooperación con el analista mediante una racionalización extrema o una transferencia tipo *Till Eugen-spiegel*,* el analista puede reaccionar repentinamente diciendo: "Ya está usted saboteando de nuevo. . . Y luego le sorprende que otros estén molestos por causa suya."

El acto terapéutico consiste en causar asombro al paciente. Se produce un efecto de *shock* por la confrontación con una realidad ajena, desconocida del paciente, en este caso la impresión que suscita sobre otra gente. (Generalmente una persona no dice a la otra lo que piensa de ella.)

Tauber (30b) insiste en que hasta ahora la espontaneidad del analista como instrumento terapéutico no ha sido suficientemente investigada. Sobre todo con pacientes que se mantienen a distancia y no se comprometen, que ven su propia vida desde el palco del espectador (solución resignada, según Horney), me parece adecuada una mayor espontaneidad del analista.

A las medidas interpretativas para lograr una mejor integración del material inconsciente nuevo pertenece el "pseudoparámetro del humor", introducido por Eissler.(4) Él mismo dice que no basta en el psicoanálisis con la interpretación, y que con frecuencia son necesarias las intervenciones del analista.

El efecto del humor consiste, de acuerdo con Eissler, en que el ego del

* Personaje popular alemán del siglo XIV que encarna el humor y la picardía del pueblo.

paciente es, por decirlo así, cogido por sorpresa; ocurre una especie de soborno que calma y suaviza las resistencias. La comunidad de afectos al reír, establece una mayor cercanía entre el analista y el paciente. Al paciente se le hace un "obsequio" con una observación humorística, obsequio que él devuelve en forma de una aminoración de la resistencia. Como todos sabemos por propia experiencia, un comentario o interpretación se acepta cuando va disfrazado de broma.

En mi opinión, con ayuda de la observación humorística se establece una alianza con el ego del paciente basada en una actitud tolerante respecto al niño que hay en él. El humor es un criterio que deja al mundo y al hombre ser lo que son. Por medio de interpretaciones humorísticas se eleva el nivel de tolerancia del paciente y así se aumenta su capacidad de asimilación.

Hay que emplear el humor con cautela cuando el paciente utiliza la risa como mecanismo de defensa, cuando por ejemplo rompe la punta al dardo de su aguda crítica, riéndose al exponerla, es decir, cuando evita el efecto agresivo.

Una consecuencia semejante que contribuye a la interpretación la tiene el método de *interpretar positiva-prospectivamente*. A él se refirieron por primera vez en Alemania, según mi conocimiento, Margarete Seiff (comunicación oral) y Riemann (en conferencias). Quint (18) describió también este paso terapéutico aludiendo a Seiff.

El principio consiste en vincular en la interpretación la reacción a los impulsos arcaicos surgidos apenas (los no gobernados y aún no aceptados), con sus posibilidades prospectivas.

Éste puede ser un caso tal:

Un paciente soñó que su hermano mayor, hasta entonces el dominante, se encontraba en la tina de baño. El soñante le hundía la cabeza en el agua, varias veces, hasta que aquél parecía rígido. Asustado, el paciente despertó. El terapeuta, entonces, puede decirle: "¡Ah vaya, ahora quiere usted volverse un matachín, después de haberse dejado someter y humillar por su hermano!"

De esta manera, se interpreta la "laguna vivencial": "no has podido imponerte a tu hermano y te has sometido siempre", y al mismo tiempo el franqueo, a pesar de todo, del impulso: "Claro, ahora quieres matar a tu hermano porque ha deseado tenerte bajo su dominio", y se vincula con ellas una alusión a la posibilidad de un cambio: "Entiendo, ahora quieres tú mismo ser un matachín". Este triple abordar la laguna, el impulso restante y la posibilidad de maduración es, de acuerdo con la experiencia, una terapia muy eficaz.

Considero de eminente importancia en la técnica psicoanalítica interpretar en forma prospectiva positiva. Menciono, por eso, un ejemplo más, tomado de mi práctica ambulante con grupos:

Una paciente agorafoba de 35 años me llama por teléfono un sábado en la tarde. Llorando grita en el aparato que ya no tolera permanecer en



su casa y que se marchará de ahí. Que está muy disgustada con su marido, por haberle anunciado de repente sus intenciones de ir a jugar boliche; que ella no había podido convencerlo de lo contrario y, así, la permanencia de ella en casa ya no tenía sentido. “Me rasguñé la cara, y mi esposo dijo que debo internarme en la clínica.” Lloro aún más fuerte: “Ya no sé lo que debo hacer.”

Le explico entonces (el tema ya había sido tratado repetidas veces en la terapia de grupo) que seguramente siente enojo contra su marido porque él se ha atrevido a disfrutar del juego que le place, en tanto que ella constantemente se sacrifica por él. Ella siempre desiste de diversiones, él en cambio se ha concedido ese gusto. Visto desde el ángulo de ella debe de ser realmente enojoso.

Ella acepta mis explicaciones pero sigue llorando en un tono que revela impotencia y reproche. Sollozando repite: “No sé lo que voy a hacer, no sé qué camino seguir.”

No encuentra, pues, ninguna salida a esta situación. En ese momento no tiene futuro. Está sin esperanza. Yo entonces le digo: “Sí Señora X., lo de los rasguños está muy claro: usted se maltrató la cara pero en realidad los rasguños iban dirigidos a su esposo. En el fondo quisiera usted ser un erizo, el que en su vida real nunca pudo ser. Acuérdesse de su actitud ante el grupo: siempre se resigna usted en vez de mostrarse como un erizo.”

En este momento paró de llorar y dejando percibir en su voz la esperanza contestó: “¿De veras? ¿Usted cree?” Y: “Ya estoy más tranquila, ya podré seguir adelante.”

Una variante de este proceso me parece ser la recomendación de Elhard (5) de un fortalecimiento preparatorio del ego en enfermedades psico-somáticas y neurosis narcisistas. Con ello entiende una mayor actividad del terapeuta en el sentido de proporcionar al paciente, mediante fantasías anticipadas de posibilidades de conducta normal, impulsos para pensar en esas posibilidades. Pacientes de este tipo adolecen con frecuencia de una grotesca carencia de imaginación, la que por razón natural produce miedo a la realidad. Con las fantasías anticipadas de posibilidades de comportamiento diferente, el terapeuta ayuda a vencer el miedo. Creo, sin embargo, que está contraindicado utilizar este proceso en casos de pacientes histéricos, cuyo interés principal es dejar que el terapeuta piense por ellos. Estos pacientes se rebelan activamente a anticipar ellos mismos las consecuencias de sus actos y decisiones.

Otra modificación de la técnica interpretativa consiste en la llamada *interpretación interceptiva* (*interceptive interpretation*) introducida por Rado (19). Por ella entiende un apoyo de la confianza del enfermo en sí mismo, sobre una base realista. Esto significa según Rado la divergencia de más peso de su psicodinámica adaptativa (*adaptive psychodynamics*) con respecto a la técnica clásica ortodoxa: la meta no es la regresión del paciente sino el estímulo de su cooperación que se consigue confirmando hasta los más pequeños éxitos reales del paciente y entusiasmándolo a que los disfrute. El concepto que se

esconde detrás de esta técnica es impedir que el paciente incida en la regresión y mantenerlo, por el contrario, en un nivel adulto de cooperación.

Como Rado mismo no nos ofrece ningún ejemplo, citaré uno tomado de un grupo de siete jóvenes desamparados:

Un adolescente relata con una sonrisa algo tímida (mirando desde el raballo del ojo a los otros componentes del grupo) que en el momento de pedir vacaciones al educador (bajo cuya tutela se encuentra el grupo) se había sentido insignificante. Los otros jóvenes sonrieron burlescamente; para ellos era por supuesto una señal de debilidad tener miedo a un educador. Yo entonces intervengo con las siguientes palabras, poco más o menos: “Me parece asombroso que ya se atreva usted, que ya tenga la fortaleza de reconocer una debilidad y además hacérsela saber al grupo.” Los otros preguntaron por qué era eso señal de entereza y se tornaron pensativos cuando les expliqué que sólo a medida que la fortaleza crece puede uno reconocer sus propias debilidades.

Estas interpretaciones interceptivas o de apoyo no contribuyen a la movilización de material inconsciente nuevo, sino a la asimilación de material henchido de miedo o de dolor.

Otra adición a la técnica interpretativa clásica es la *consideración del límite de tolerancia*. Por límite de tolerancia (Heigl, 12) entiendo el punto de resistencia del paciente ante las interpretaciones del analista. Su observación y el conocimiento de los criterios para franquear este límite indican al analista cuál es el grado de tolerancia del paciente respecto al entendimiento de su situación. El límite de tolerancia equivale a la llamada distancia crítica (Heidegger) en los animales. Si al acercársele a un animal no se hace a una distancia específica determinada (que varía según la especie) puede éste responder con tres reacciones:

- a) huida
- b) ataque (con demasiado acercamiento) y
- c) reflejo de muerte ficticia (también cuando el acercamiento es excesivamente grande).

En lo que sigue describiré algunos ejemplos típicos de reacciones de pacientes a una interpretación del analista, que se ha aproximado al límite de tolerancia o lo ha traspuesto:

El paciente: “Seguramente usted lo aprecia con mayor claridad que yo, Doctor, pero de momento quisiera discutir otra cosa con usted.” El paciente, de esta manera, hace ademán de retirada, huye de una interpretación sentida como amenazadora.

El paciente: “El otro día durante su conferencia no hizo usted la mejor figura.” El analista acababa de pronunciar una interpretación dirigida a una incapacidad de vivencia, a una impotencia del paciente. Éste contesta con un contraataque e indica que el límite de tolerancia ha sido traspuesto.

El paciente: “No puedo ni decirle cuán estúpido me siento... como una nada.” En este caso se manifiesta una especie de reflejo de muerte ficticia, en el sentido de un propio empujamiento hasta la inexistencia.

La observación de estos indicios señala al analista cuándo ha alcanzado el límite de tolerancia. Reconoce, entonces, que no debe insistir en esta interpretación, o por lo menos, que ha de intentar afirmar el sentimiento de valer del paciente con ayuda de una interpretación interceptiva. Creo que Riemann (23) ha pensado en algo semejante cuando recomienda una "interpretación tangencial, *en passant*" en especial con pacientes esquizoides, interpretación que quizá acepten. En caso contrario hay que evitar insistir.

II. Abordaré ahora el segundo grupo del desenvolvimiento de la técnica psicoanalítica: los cambios referentes a la reacción paciente-analista.

Menciono primero la llamada "actitud de presencia" de Nacht (16) cuyo elemento esencial consiste en que el analista no es ya un mero espejo inmutable, sino que adopta una actitud de presencia. Esta actitud es una antítesis de la de espejo y tiene aplicación sólo en fases tardías del tratamiento. Me permito recordar que el analista tiene durante el análisis, en principio, dos funciones (Kemper 15):

1) La función catalizadora que se realiza mejor en la actitud de espejo. Contribuye a intensificar la transferencia y a estimular una neurosis de transferencia.

2) La representación de la realidad. El analista ha de adoptar una función de realidad que correspondería ampliamente a la mencionada "presencia" de Nacht y que provoca una experiencia emocional correctiva.

Cito a este respecto un ejemplo sencillo: el paciente se tiende en el diván y guarda silencio. El analista calla también. Después de dos a tres minutos estalla el paciente: "¿Qué quiere usted de mí? Siempre está usted esperando algo de mí."

El analista: "Térgiversa usted la situación. Para usted soy yo el que espera algo, cuando que es usted quien espera algo de mí. Esto ya lo hemos podido comprobar en varias oportunidades. En su relación con otras personas siempre ve obligaciones y nunca derechos. Cree estar obligado a dar y no poder recibir nunca."

Esta actitud de presencia (o la representación de la realidad por parte del analista) es en general recomendable cuando la transferencia del paciente (en este caso una disposición a dar antiretentiva y acompañada de gran docilidad) ya se ha discutido repetidamente. Si se tratara de la primera expresión de transferencia de este tipo, la interpretación mencionada hubiera sido equivocada puesto que interrumpiría la relación transferencial del paciente, le cortarían las alas, por así decir.

Insistí, pues, en la conveniencia de adoptar la función de realidad sólo en fases tardías del análisis, aunque Riemann (25) ha demostrado que en el caso de neurosis narcisistas es preferible alentar una relación en vez de favorecer el aumento y repetición de la transferencia. Con demasiada frecuencia la neurosis transferencial despertó en pacientes esquizoides y deprimidos, antiguos sufrimientos. En estos casos es conveniente darse al paciente como compañero, actitud que puede demostrarse, entre otras formas, desistiendo de que

se tienda en el diván. El paciente debe poder observar la mímica y ademanes del analista para adquirir confianza.

Quisiera aún mencionar una cierta acentuación de la actitud estimulante del terapeuta, sobre la que ha llamado la atención repetidas veces M. Seiff (participación oral). Se trata de establecer con el paciente una especie de relación entre bribones, en el sentido de que el terapeuta cierre un ojo, por decirlo así, a los impulsos que se agolpan en forma inmadura, o le guiña el ojo al paciente en una pícaro complicidad.

Con el propósito de aclarar va un ejemplo:

Una paciente de 40 años, de estructura neurótico-compulsiva, con una seria enterocolitis, se presentó a terapia de grupo un miércoles en que la cita se había anticipado: en vez de a las 8:15 llegó a las 9:30, hora en que solía ser la reunión. Montó en cólera por el tiempo perdido, que además le costaba dinero, y al final de la sesión me dijo: "¿No podría participar, como compensación, en la siguiente sesión del viernes? (Por diversos motivos sólo asiste una vez por semana a la terapia de grupo y está además en tratamiento individual.) Y al decirlo sonríe entre tímida y traviesa. De pronto no entiendo lo que persigue con ello y respondo algo indeciso: "¿Quiere venir el viernes?" "Sí, dice, quisiera reponer la sesión de hoy." Entonces comprendo; quiere tomar parte en la terapia sin pagar por ella, y riendo contesto: "Lo que quiere usted es reponer gratis la hora perdida y hace la lucha de esta manera!" Y por supuesto asiste, con mi anuencia, a la siguiente sesión de terapia.

Se trata de una paciente con una fuerte inhibición oral. No es aún capaz de pedirme que supla la hora perdida e intenta "engatusarme". Hace como si fuera a participar de la terapia pagando, cuando en realidad trata de sacar provecho con una hora gratis. Como se vio más tarde, la paciente que creía ser muy correcta y antioral respondió positivamente, luchó por lo que deseaba y logró, con una astucia algo torpe, alcanzar su meta.

Todos los cambios en la relación entre el paciente y el analista pueden resumirse, de acuerdo con Riemann (24) de esta manera: el terapeuta sustituye —sobre todo en el tratamiento de neurosis narcisistas— una actitud impersonal por una mayor espontaneidad.

III. Un tercer grupo del desarrollo de la técnica analítica abarca, como se dijo, la técnica activa o intervencional, en contraste con la mera interpretación. También ella consiste en una continuación de las ideas de Freud, expuestas por él en *Wegen der psychoanalytischen Therapie* (8). Recomendó él una técnica más activa en los siguientes casos:

- 1) en pacientes inestables incapaces de una existencia independiente
- 2) en fobias, sobre todo agorafobias
- 3) en serias neurosis compulsivas y
- 4) cuando el honorario lo pagan instituciones.

En estos casos, así lo recomienla Freud, el analista debe actuar, a veces, también como educador y consejero.



Ferenczi (7) experimentó, de acuerdo con esto, durante largo tiempo con métodos más activos, y su discípulo Alexander adoptó de nuevo la intervención, sobre todo para combatir la regresión.

Apoyándose en Freud, Alexander (2) distingue dos tipos de regresión (vuelta de una fase avanzada de organización del ego y la libido a una más primitiva, cuando se presenta un conflicto): En un caso se trata del regreso a una fase anterior y feliz del desarrollo. El ego, entonces, elude la situación conflictiva y se refugia en un estado anterior al conflicto, es decir, en mi opinión, en una satisfacción sustitutiva. En el otro caso se trata del regreso del ego a experiencias dramáticas del pasado, hasta el momento no resueltas, como un intento de llevarlas a una solución actual, como un *reculer pour mieux sauter*. Inútil decir que en el proceso analítico figuran ambas formas de regresión: aquella que hace las veces de satisfacción sustitutiva y mecanismo de defensa y la regresión como intento de un vencimiento posterior del conflicto.

Alexander propone en calidad de intervención un cambio en la frecuencia de la entrevista, reduciendo el número de horas para contrarrestar la mencionada forma negativa de la regresión. Se trata, en fin, de la dependencia del paciente en la relación de transferencia, de una satisfacción sustitutiva oral pasiva y emocional pasiva de la llamada transferencia positiva. Alexander sostiene que frente a esta regresión negativa casi todas las interpretaciones son ineficaces y que sólo aquella en forma de reducimiento del número de horas logra ser fructífera: los hechos pueden más que las palabras. Por otra parte, y también como intervención, sea quizá conveniente trasladar al paciente, del análisis individual a la terapia analítica de grupo.

También recomienda Alexander, para vencer técnicamente la regresión, una interrupción experimental planeada del tratamiento. Todo analista ha tenido seguramente la experiencia de que muchos pacientes presentan una mejoría tanto interna como externa cuando debido a vacaciones o enfermedad del terapeuta se interrumpe el tratamiento. La necesidad de que el paciente se enfrente solo a sus problemas, ocasionalmente puede, por lo menos en parte, disolver la dependencia pasiva hacia el analista.

La ventaja mayor de la interrupción experimental planeada, cuya duración varía con el paciente, consiste en que se presenta nuevo material, en forma concentrada, para su análisis, y la resistencia y los conflictos no resueltos se exponen con mayor claridad.

Yo sólo he tenido experiencias con interrupciones provocadas por mis vacaciones, o por causas externas de fuerza mayor en el paciente, o por la desaparición de la presión de dolencia, resultante, por ejemplo, de una mejora de las condiciones externas del enfermo. En la mayoría de los casos se ha visto que los pacientes, cuando regresan al análisis después de uno o dos años, perciben mejor sus dificultades reales y en consecuencia se muestran más abiertos a la cooperación.

Pero también Alexander concede que aún nos faltan criterios para determinar el momento adecuado de una interrupción planeada.

Me acerco, ahora, al final de mi exposición. Es la meta de la terapia psicoanalítica eliminar los síntomas neuróticos mediante un cambio en la estructura del carácter, mediante una nueva orientación emocional del paciente, y en eso coinciden todas las escuelas analíticas.

El método para alcanzar esta meta es el de la relación interpersonal o, más precisamente, el de su variante, la observación participante (Fromm-Reichmann, 10) o el de la participación observadora (Fromm, 9). También están de acuerdo todos los representantes de las escuelas psicoanalíticas en que son decisivas la participación y la observación. La primera sería la disposición del terapeuta a establecer una relación de camaradería con el paciente, disposición que ha de vincularse con una observación del paciente en el campo interpersonal y una interpretación fundamentada en ella. Esta observación participante o participación observadora debe dirigirse no sólo al paciente sino a sí mismo.

Según Rapaport (21) la técnica psicoanalítica implica los medios específicos y los caminos a seguir, con cuya ayuda se practica el método. He tratado de describir algunas de esas técnicas y su principio terapéutico. En este punto sí existen diferencias entre las diversas escuelas y también relativamente a su estructura caracterológica, entre los analistas en particular.

No existe un factor terapéutico eficaz, sino varios, y residen en parte en el paciente (en su estructura, en sus condiciones vitales, en sus disposiciones), en el analista, y en el método y la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alexander, F., *Psychoanalytic Therapy*. The Ronald Press Company, Nueva York, 1946.
- (2) — *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton and Company, Nueva York, 1956.
- (3) Arlow, J., "The Legacy of Sigmund Freud." En: *Int. Univ. Press*, Nueva York, 1956, pp. 48-59.
- (4) Eissler K. R., "Remarks on some Variations in Psycho-Analytic Technique". *Int. J. of Psycho-Analysis*, 39, 1958, p. 222.
- (5) Elhardt, S., "Angst und psycho-somatisches Geschehen". *Psycho-somat. Med.* 6, 1959, p. 16.
- (6) Erikson, E., *Insight and Responsibility*. Norton and Comp., Nueva York, 1964.
- (7) Ferenczi, S., "Weiterer Ausbau der 'aktiven Technik' in der Psychoanalyse" (1920). En: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Verlag Hans Huber, Berna y Stuttgart, vol. II, 1964.
- (8) Freud, S., *Wege der psychoanalytischen Therapie. Ges. Werke*, Imago Publishing Co., Londres, 1947.
- (9) Fromm, E., *Psicoanálisis y Budismo Zen*. Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
- (10) Fromm-Reichmann, F., *Principles of Intensive Psychotherapy*. The University of Chicago Press, 1958, p. 41.
- (11) Heigl, F., "Über Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung". *Z. Psycho-somat. Med.*, 11, 1964, p. 64.
- (12) — "Zur Toleranzgrenze." *Z. f. Psycho-somat. Med.*, 11, 1964, 64.
- (13) Horney, K., (a) *El nuevo psicoanálisis*. 3ª ed. Fondo de Cultura Económica, 1961.
- (14) — (b) *Neurosis and Human Growth*. Routledge and Kegan Paul, Londres, 1951.
- (15) Kemper W., "Die Übertragung". *Zschr. Psychoanal.*, 1, 1949-50, p. 99.
- (16) Nacht, S., "Variations in Technique". *Int. J. of Psycho-Analysis*, 39, 1958, p. 235.
- (17) Quint, H., "Deutung und Interpretation in der psychoanalytischen Therapie". *Z. Psycho-somat. Med.*, 7, 1961, p. 119.
- (18) Rado S., *Recent Advances in Psychoanalytic Therapy in Psychoanalysis of Behavior*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1956.

- (19) — *Adaptational Development of Psychoanalytic Therapy in Psychoanalysis of Behavior*. Grune and Stratton, Nueva York-Londres, 1956.
- (20) Rank, O. y Ferenczi, S., *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Viena, 1924.
- (21) Rapaport, D., *The Structure of Psychoanalytic Theory in Psychology: a Study of a Science*. Mc. Graw-Hill Book Comp., Nueva York-Toronto-Londres, Study I, vol. 3, 1959.
- (22) Reich, W., *Charakteranalyse. Zur Technik der Analyse des Charakterwiderstandes*. Selbstverlag, 1933.
- (23) Riemann, F., "Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkung in der Praxis". *Psyche*, 13, 1959, p. 150.
- (24) — "Erfahrungen aus der Analyse schizoider und depressiver Persönlichkeiten". *Z. Psychosomat. Med.*, 8, 1962, 14.
- (25) Schultz-Hencke, H., *Schicksal und Neurose*. Fischer, Jena, 1931.
- (26) — *Lehrbuch der Traumanalyse*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1949.
- (27) — *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1951.
- (28) Schwidder, W., "Neopschoanalyse (Harald Schultz-Hencke)". En: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Urban und Schwarzenberg, Munich, vol. III, p. 216, 1959.
- (29) Sullivan H. St., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. W. W. Norton, Nueva York, 1953.
- (30) Tauber, E. y Green, M., (a) *Prelogical Experience*. Basic Books, Nueva York, 1959, pp. 113-126.
(b) *Ibid.* 124-126.
- (31) Tauber, E., "The Role of Immediate Experience for Dynamic Psychiatry". En: *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, Nueva York, 1959.
- (32) Thompson, Cl., "Transference as a Therapeutic Instrument". *Psychiatry. Journal of the Biology and Pathology of Interpersonal Relations*, 8, 1945, p. 3.
- (33) Weiss, Fr., "What is Effective in the Therapeutic Process?" *The Am. J. of Psychoanalysis*, 17, 1957, p. 15.

LIBROS Y REVISTAS

Bowlby, John, *Child Care and the Growth of Love*. Penguin Book, 2ª Ed., 1965.

En su libro, Bowlby estudia la "privación materna" y su influencia en el desarrollo del niño; concluyendo en términos generales que "siempre es preferible el cuidado del niño por los padres, a la atención institucional"; la identificación con los progenitores y su cariño son fundamentales para la higiene mental y el adecuado crecimiento del pequeño. El autor piensa que su estudio es limitado y estimula la investigación en dicho campo; sin embargo, en sus conclusiones sobre la dinámica familiar y la génesis de los síntomas en niños con privación materna no considera otros aspectos, dignos de tomarse en consideración, como son, el carácter individual y social y diversos aspectos culturales de importancia, mencionados sólo superficialmente. El libro es un interesante estudio objetivo y fenomenológico de síntomas, de las características de las instituciones, y de otros asuntos relativos al niño que sufre privación materna.

Bowlby comprueba la necesidad que tiene el niño del cariño materno, durante los primeros años de su vida; la relación continua y tierna con esta figura es esencial y cuando falta o se encuentra disminuida se emplea el término de "privación maternal".

La ausencia "parcial" de la madre o persona sustituta ocasiona ansiedad excesiva, constante necesidad de amor, sentimientos de culpa, y depresiones; los adultos que han sufrido esta condición tienden a repetir pautas de conducta inadecuadas con sus hijos.

Los síntomas más frecuentes en niños con privación materna "completa" son los siguientes:

- 1) Relaciones interpersonales superficiales y pasajeras.
- 2) Escasa manifestación de su vida afectiva.
- 3) Respuesta disminuida a situaciones o estímulos ambientales.
- 4) Falta de interés y mitomanía.
- 5) Robo.
- 6) Indiferencia, inaccesibilidad a la ayuda.

Esta fenomenología se estudió mediante observación clínica en instituciones hospitalarias infantiles, así como una investigación retrospectiva de adultos con algunos de los trastornos psicológicos enunciados.

El autor recomienda ayudar por diversos medios a los padres, por ejemplo: orientación psicológica, psicoterapia, ayuda laboral, monetaria, etc., antes que recurrir al traslado del pequeño a instituciones especializadas.

D. NARES RODRÍGUEZ

Masserman, Jules H. M. D. (Editor), *Sexuality of Women*. Grune & Stratton, Nueva York, 1966, 168 pp.

Este libro, décimo de la serie Ciencia y Psicoanálisis, es la publicación de los trabajos científicos de la *Décima Reunión Anual de la Academia Americana de Psicoanálisis*.

Incluye 12 estudios y las discusiones

