

verdad. El escéptico filósofo de la Ilustración, abatido por el derrumbamiento de su mundo, se convirtió en el escéptico total que contemplaba el destino del hombre en la historia como una tragedia sin paliativos. Freud a duras penas podría haber reaccionado de diferente manera, ya que su sociedad le parecía la mejor posible, e incapaz de mejora en forma alguna.

Al final de este bosquejo de la antropología de Freud, debería recalcar que se logra comprender la grandeza de Freud, la del hombre y la de su obra, solamente si se le examina en sus contradicciones inmanentes, así como unido o encadenado a su situación social. Si alguien opina que todas estas enseñanzas después de casi 50 años no requieren de ninguna revisión fundamental, o si se requiere hacer un pensador revolucionario de un reformador trágico, se podría decir algo que resulte atractivo para muchos por diferentes razones. Yo pongo en duda que ello amplíe la comprensión de Freud.

INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO EN LA CLÍNICA *

Friedrich Beese

EN EL tema que he elegido se hallan contenidos los aspectos que a continuación examino, a saber:

1. Se hacen consideraciones acerca de la indicación de un tratamiento psicoanalítico.
2. La opción por la indicación se concreta y se reduce a los tratamientos psicoanalíticos *en un marco y un medio clínicos*.
3. En el examen de los factores de indicación, que son siempre al propio tiempo de *pronóstico*, se dedica especial atención a los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia.

Freud solía comparar el procedimiento tecnicoterapéutico de la situación psicoanalítica dual, de médico y paciente, con el del cirujano. Postulaba supuestos estrictos fijos, indispensables, en su opinión, para que el tratamiento reuniera probabilidades de éxito. Únicamente bajo estas condiciones —sostenía—, entre las que figuran ante todo el permanecer el paciente tendido sobre el diván, la asociación libre y la prohibición de acción de parte de aquél y la actitud distanciada, de “espejo” de parte del terapeuta, podía desarrollarse la neurosis de transferencia, la única que en el tratamiento psicoanalítico hace posible la curación.

Enke señala acertadamente que con el desarrollo de la psicoterapia se admitieron también condiciones “sépticas”, frente a las únicamente “asépticas” anteriores. Este es el caso, al lado de la terapia de niños y adolescentes, del tratamiento de psicosis y de la “penetración psicoterapéutica de la conducta médica en general” (Balint), especialmente por lo que se refiere a la situación en la clínica.

Sin duda, también en el marco de las condiciones de tratamiento modificadas en esta forma, tienen lugar procesos emocionales que quedan abarcados en el concepto de la transferencia. Porque la transferencia es un fenómeno humano ubicuo. Dice Freud al respecto: “La facultad de dirigir la toma de posesión libidinosa del objeto también hacia personas ha de atribuirse a todos los individuos normales. La propensión de transferencia de los neuróticos no es más que una acentuación extraordinaria de esta propiedad general.”

Grinberg, Langer y Rodrigué añaden al respecto, a manera de complemento: “El fenómeno de la transferencia se pone de manifiesto en toda

* Conferencia pronunciada en el III Foro Internacional de Psicoanálisis: México, D. F., 1969.



relación humana y se establece automáticamente tan pronto como dos personas entran en contacto. El psicoanálisis no ha hecho más que sacar provecho de este proceso general introduciéndolo como factor de curación." Balint explica: "La transferencia es un rasgo general que acompaña la vida entera del individuo. Cada uno de nosotros transfiere continuamente sus sentimientos a todo prójimo al alcance de uno.

No puede pasarse por alto el hecho de que los procesos de transferencia se modifican de modo decisivo tan pronto como se abandona la situación dual quirúrgico-aseptica del cuarto de análisis. Stierlin dice al respecto, en el estudio de los procesos de transferencia en una *situación de grupo*: "En el grupo, la transferencia presenta un carácter complejo y multilateral. Resulta debilitada, dispersa y especialmente susceptible de desviarse del director del grupo." Opina que el terapeuta se encuentra, en cierto modo, en presencia de un "material de transferencia diluido y enturbiado".

Por supuesto, lo que acabamos de decir implica, asimismo, que es impropio definir la transferencia de la situación dual psicoanalítica clásica de modo demasiado dogmático, como un proceso absolutamente aislado, fuera del cual no tenga lugar cosa alguna comparable con el mismo. Antes bien, en el tratamiento analítico el paciente "transfiere" también a otras personas, ante todo a las personas de referencia más importantes, aun si se halla poseído de la neurosis de transferencia. Forma parte de las tareas del analista, pues, interpretar al paciente, además de la transferencia dirigida a él mismo (al analista), también la transferencia con respecto a su esposa, su jefe y otras personas con quienes tiene relación. Sólo que la transferencia del paciente al analista presenta la ventaja de que éste, en cuanto objeto de ella, puede observar, apreciar e interpretar, por consiguiente, con razones especialmente bien fundadas, las manifestaciones de transferencia en todos sus detalles y en cada una de sus etapas de desarrollo; y de que además conoce las reacciones del objeto de transferencia, que es él mismo.

En el curso del desarrollo de la técnica psicoanalítica no se tardó en llegar al conocimiento de que no puede establecerse en la situación de tratamiento una "asepsia" absoluta. En otras palabras: la actitud de espejo recomendada por Freud al terapeuta no se puede adoptar. Supondría, en efecto, una constancia completa, del lado del médico, en la situación de tratamiento. Y una invariabilidad absoluta de las condiciones dadas sólo ocurre en los objetos inanimados. El terapeuta, por mucho que se esfuerce por conservar su distancia y un carácter anónimo ante el paciente, no deja de ser un ser vivo que no puede evitar difundir una atmósfera personal, variable, ya sea a causa de pequeños cambios en el arreglo del cuarto (nuevas flores, nuevos libros u otras cosas por el estilo), o a causa de cambios en su comportamiento con el paciente (por ejemplo al saludarlo o al terminar la sesión). Estas manifestaciones afectivas del terapeuta son, en parte, reacción a la conducta del paciente y, en parte, provienen de las vivencias, independiente de ésta, del terapeuta.

Inicialmente esta inevitable inobservancia de la asepsia sólo se consideró como factor perturbador; sólo más adelante se tropezó con el fenómeno

igualmente ubicuo de la *contratransferencia* del terapeuta al paciente, y los analistas se esforzaron, en grado cada vez mayor, por no considerarla exclusivamente como factor obstructor, sino por introducirla como instrumento terapéutico positivo. "La situación analítica" fue en adelante, según Balint, "el resultado de la interacción de la transferencia del paciente y la contratransferencia del analista, complicado además por las reacciones provocadas por una de las partes sobre la transferencia particular." Como la contratransferencia parte del inconsciente, el supuesto de su empleo terapéutico eficaz está en que el analista tenga en gran medida su inconsciente bajo control.

En esta conexión me permito aludir a Heigl, quien señaló la importancia de la contratransferencia como instrumento terapéutico y mostró las posibilidades de su aplicación. Riemann partió de la estructura de la personalidad del terapeuta y se declaró partidario decidido de la inclusión de las reacciones de contratransferencia del terapeuta en los análisis de control, con objeto de aprovecharlas eficazmente en el curso de la terapia.

Después de que la contratransferencia del terapeuta al paciente se hubo admitido e incorporado al procedimiento terapéutico, las condiciones de asepsia, esto es, la eliminación de perturbaciones provenientes de fuera (de otras personas) y de influencias incontrolables, pudieron volver a establecerse aproximadamente. Balint dice al respecto:

Es imposible crear una situación clara, comprensible, si el objeto de transferencia es otro ser humano, porque: *a)* el otro reacciona a los sentimientos transferidos, y *b)* transfiere sus propios sentimientos no eliminados, al primero. No hay más que una forma de obtener aquí claridad: la que yo designé como "labor aséptica", consistente en la actitud flexible, discreta y pasiva del analista, con pleno dominio de su propia (contra) transferencia.

Después de estas observaciones, definidoras y críticas, de la transferencia y la contratransferencia volvamos ahora la mirada al enfermo psíquico en la clínica psicoterapéutica.

Su situación es, tanto por lo que se refiere a su aspecto cotidiano real como al de la psicoterapia analítica, fundamentalmente distinta de lo que es fuera de la clínica. Vamos a mostrar y comentar aquí las diferencias entre estas situaciones y a emprender a continuación el intento de formular enunciados especiales acerca de la indicación de tratamientos psicoterapéuticos en la clínica.

Hay que advertir previamente, sin embargo, que los comentarios que siguen sólo se aplican a la clínica en la que se efectuaron las experiencias fundamentales que les sirven de soporte, porque apenas existirán si acaso, dos instituciones clínicas semejantes en las que se practique la psicoterapia en condiciones idénticas.

Por consiguiente, la situación del paciente, y con ella el punto de partida de las actitudes posibles de transferencia de éste, es distinta en cada clínica.

Se trata, en estos comentarios, de la clínica psicoterapéutica de Stuttgart-Sonnenberg, que cuenta con 104 camas. De acuerdo con los principios de



la terapéutica individual, del aprovechamiento del efecto de distanciamiento y del fomento del proceso de individualización, la mayoría de los pacientes están alojados en cuartos individuales. Después de una selección previa efectuada en forma ambulante, los pacientes son sometidos a *tests* psicológicos y a pruebas de diagnóstico de psicología profunda, durante dos semanas, a continuación de lo cual son presentados al grupo médico. Éste es el que decide si el paciente se queda o es despedido, por no ser indicado su tratamiento. Forman parte del equipo terapéutico siete analistas formados de acuerdo con la escuela de Jung o la sinóptica, cinco psicoanalistas y un adleriano. De dos tercios a tres cuartos de los pacientes son sometidos a una terapia individual, y el resto a una terapia de grupo.

A título suplementario y en caso de indicación y aptitud se aplican: terapéutica de estructuración, musicoterapia, terapia gimnástica y entrenamiento autógeno.

Los objetivos de los tratamientos individuales son:

Análisis completo, iniciación de un análisis completo, inducción de una capacidad de análisis, terapia de intervalo, terapia psicoanalítica breve (terapia focal) y, finalmente, conservaciones psicagógicas de "soporte". La duración media de permanencia de los pacientes en la clínica es de tres a cuatro meses.

En el caso de los grupos se trata de grupos cerrados, cuya terapia se prolonga de cuatro a seis meses.

El 70% de los internados son asegurados, y el 30% restante son pacientes particulares.

La clínica está sostenida por una asociación privada.

Vamos a examinar ahora las diferencias entre los tratamientos en la clínica y los ambulantes, primero, desde el punto de vista del paciente:

1. El paciente se encuentra en la clínica en un *ambiente artificial*.

Éste consta en gran parte de pacientes igualmente neuróticos, que no se dedican a trabajo concreto alguno, sino que permanecen todo el día en la clínica en espera de mejoría; también de enfermeras, médicos y demás personal, dedicados todos ellos a una actividad especial, deliberadamente coordinada en interés del paciente.

Fuera de la clínica, en cambio, el paciente se encontraba en el campo natural de relación de su familia y de los conocidos de su elección, así como en su medio profesional.

2. En esta forma, el paciente se encuentra más o menos alejado, tanto por el lugar, como por la situación de su ambiente de conflicto. Entre otras cosas, esto le permite un distanciamiento más fácil, con respecto a dicho ambiente, que en la situación del tratamiento ambulante.
3. Los hechos enumerados bajo uno y dos favorecen considerablemente la *propensión a la regresión* del paciente.

Para la iniciación del proceso analítico esto puede ser provechoso, en tanto que podría constituir un grave inconveniente, por fomentar o fijar una enfermedad secundaria.

4. En contraste con el psicoanálisis ambulante, temporalmente ilimitado, la duración del tratamiento en la clínica está fijada por convenio. Esta circunstancia, que el paciente conoce tan bien como el terapeuta, produce un efecto inhibitorio sobre la relación de transferencia; lo que significa que el paciente, en el fondo, tiene siempre consciencia de la próxima despedida, y evita, en consecuencia, entrar en una relación afectiva intensa, que habría de conducir necesariamente al desengaño.

5. En contraste con la situación del tratamiento ambulante, el paciente en la clínica puede entablar relación no con una, sino con muchas personas; con todas ellas pueden establecerse relaciones de transferencia. En consecuencia, la transferencia es hacia el terapeuta, hacia el médico jefe, la enfermera, el terapeuta estructurador y aun, en ocasiones, hacia la señorita telefonista o el administrador de la casa.

No cabe duda de que esta distribución de la libido de transferencia puede perjudicar el proceso analítico. Ante todo, suele influir en el análisis, en la forma de resistencia, de tal modo que, en la relación transferencial hacia las demás personas, además del terapeuta que lleva a cabo el tratamiento, la libido se vierta generosamente. En esta forma se impide el desarrollo de una neurosis de transferencia. Este peligro sólo puede afrontarse mediante un intercambio de información lo más amplio posible. Si de este modo se brinda la posibilidad de análisis de las relaciones de transferencia hacia las demás personas de relación, además del psicoterapeuta, aquel peligro podrá convertirse en ventaja, ya que al terapeuta se le depara así la oportunidad de interpretar al paciente la multiplicidad de sus relaciones de transferencia.

6. En la clínica, el paciente obtiene considerablemente más información acerca del terapeuta que lo trata que en la terapia ambulante. El médico sale aquí del anónimo. Con esto queda puesto en tela de juicio uno de los postulados básicos de Freud para la ejecución del tratamiento psicoanalítico (el del carácter anónimo del médico). Desde el punto de vista teórico debería admitirse, entonces, que se reducen las posibilidades del paciente, de penetrar las transferencias de actitudes de la primera infancia hacia el analista. El carácter más definido y la proximidad mayor del terapeuta, de quien se llegan a conocer, por ejemplo, determinadas peculiaridades, debilidades o convicciones, reducen su aptitud como objeto de proyección.
7. En la clínica, el paciente sucumbe a la tentación de reducir su tensión libidinal mediante la acción conjunta con otros pacientes u otras personas de relación. También este peligro sólo puede convertirse en ventaja para el tratamiento analítico mediante amplias informaciones del terapeuta, en las que es interpretada la actuación del paciente.
8. En contraste con la situación del tratamiento ambulante, en la clínica, el paciente está constantemente en contacto con otros terapeu-



tas además del que lo trata; más jóvenes o mayores que éste, pertenecerán tal vez a otra escuela de la psicología profunda, o serán del otro sexo, más activos o más pasivos en su proceder terapéutico que el propio terapeuta, o se distinguirán de éste por cualesquiera otras cualidades.

El peligro de que la resistencia del paciente se manifieste en la convicción de que cualquier otro terapeuta podría ser acaso mejor que el suyo es considerable. También aquí constituye la información extensa de semejantes consideraciones del paciente el único remedio apropiado.

No hay que mencionar que al deseo eventual del paciente de cambiar de analista se suele salir al paso con la interpretación de la resistencia originadora de ese deseo. Lo que no excluye, sin embargo, que en algún caso concreto el cambio de analista pueda resultar indicado por razones objetivas de una constelación más favorable; es ésta una ventaja especial de la clínica.

9. Mientras en el tratamiento ambulatorio el psicoterapeuta es exclusivamente analista para el paciente, en la clínica, en cambio, en las secciones de enfermos psicoterapéuticos, en que las funciones del médico encargado del tratamiento y las del jefe de la sección son idénticas, el terapeuta reviste además funciones de autoridad. Éstas podrán ejercer acaso efectos frustrantes sobre el paciente, pero representan por otra parte, al igual que las prescripciones y las limitaciones del reglamento del establecimiento, cierto equivalente de la faltante presión de la situación de realidad fuera de la clínica.
10. En una parte de los pacientes se presenta después de una breve estancia en la clínica, a causa del alejamiento mencionado de las cargas de la realidad, un *efecto de descarga*, que puede manifestarse en una reducción o inclusive en la eliminación de la presión subjetiva de sufrimiento. Lo que a su vez puede tener consecuencias negativas en el posible curso ulterior del tratamiento.
11. Otros pacientes, en cambio, reaccionan a la situación de la clínica inversamente, esto es, con intranquilidad creciente, porque la posibilidad de compensación de las tensiones conflictivas mediante una ocupación permanente, a la que los pacientes estaban acostumbrados fuera de la clínica, ya no se da aquí. Los pacientes se ven así obligados a ocuparse en mayor grado consigo mismos, y caen en una *presión de sufrimiento reforzada*. En algunos casos, los pacientes no soportan esta situación y dejan la clínica.
12. Algunas de las particularidades de la situación de la clínica, que acabamos de mencionar, tienen como consecuencia que, en comparación con la situación del tratamiento ambulatorio, los pacientes se vean obligados a penetrar mucho más rápidamente su inconsciente. Así, el proceso analítico se pone en marcha más temprano.
13. La actitud de expectación oral pasiva del paciente es mucho mayor en la clínica. A ella va el paciente con la idea de descansar y recrear-

se y de recibir de ella, y especialmente del terapeuta, lo más posible.

Dirijamos ahora nuestra atención a las particularidades de la situación en la clínica desde el punto de vista del *terapeuta*:

1. En la clínica el terapeuta encuentra al paciente, a causa de las razones anteriormente expuestas, en una *actitud abierta de recepción*. El paciente es más asequible emocionalmente y se encuentra en un medio menos perturbado, lo que favorece procesos analíticos de desarrollo positivo. Así, pues, aquí le resulta hasta cierto punto más fácil al terapeuta iniciar el proceso analítico, que en la psicoterapia ambulatoria.
2. Por otra parte, la *presión reforzada de la expectación* del paciente, aumentada todavía más por la limitación temporal, podrá acaso cohibir al terapeuta, por lo que ha de darse cuenta cabal de la limitación de sus posibilidades terapéuticas en la clínica. Puede fácilmente incurrir en conflicto entre su deseo de beneficiar al paciente al máximo y en forma concentrada con las experiencias analíticas obtenidas en tratamientos ambulatorios y su conocimiento de que el proceso analítico no se puede comprimir por lo que toca a su duración.
Por lo que se refiere a su contratransferencia, el terapeuta ha de contar, lo mismo que el paciente, con la frustración inevitable ligada a la terminación del tratamiento en la clínica. Surge de ahí la obligación para él de dirigir la transferencia de tal modo, que de la terminación no resulten perjuicios para el paciente. Ha de prepararse él mismo interiormente y ha de preparar al paciente en previsión de dicho momento.
3. En la clínica goza el psicoterapeuta de la ventaja de la información múltiple acerca de otras relaciones de transferencia y otras interacciones de su paciente.
4. La circunstancia, señalada ya al enfocar el punto de vista del paciente, de que necesariamente el terapeuta sale del anónimo y la distancia, más que en el tratamiento ambulatorio, representa sin duda para él una carga mayor. Lo que no excluye que dicha circunstancia albergue posibilidades especiales.
5. En contraste con la situación ambulatoria, el terapeuta está expuesto en la clínica a una mayor presión ejercida por la competencia entre los terapeutas y, además, a la presión resultante del control por parte de éstos y del jefe de la clínica, así como a la presión de la crítica de las enfermeras, de los terapeutas auxiliares y aun de los demás pacientes.
6. Por otra parte, de la colaboración con otros terapeutas resulta la posibilidad positiva, de discutir más frecuentemente el propio tratamiento, de controlarse mejor a sí mismo y, mediante la participación de otros en su tratamiento, de descargar su propia responsabilidad.
7. Las particularidades señaladas en último lugar favorecen asimismo la posibilidad del terapeuta de darse cuenta, de modo más rápido y



- más completo, de su actitud con respecto a la contratransferencia.
8. Otra particularidad de la situación de la clínica para el terapeuta la representa la necesidad de efectuar en mayor grado que en el tratamiento ambulatorio consignaciones *por escrito*. Ha de fijar por escrito los resultados de la primera entrevista y de la anamnesis; ha de practicar anotaciones relativas al curso del tratamiento, y con frecuencia ha de informar resumidamente, en el curso del tratamiento, de todo lo que ha precedido. Finalmente, después del alta del paciente, ha de redactar un informe detallado de ésta. Todo lo cual le obliga a percatarse en mayor grado de los procesos analíticos del desarrollo.
 9. La *presión temporal*, reiteradamente mencionada, obliga al psicoterapeuta de la clínica a proceder antes que en la situación ambulatoria a consideraciones diagnósticas y terapéuticas diferenciadas. Lo que al propio tiempo puede resultar perjudicial, por supuesto, porque podrá privarlo de la paciencia y la imparcialidad, indispensables para un análisis eficaz.
 10. En el seno del equipo de terapeutas, el terapeuta de clínica cuenta con una posibilidad considerablemente mejor de adquirir una amplia *autoexperiencia*.

Después de efectuada esta confrontación, volvamos ahora a la cuestión de la relación de transferencia en la clínica, y veamos cuáles consecuencias se derivan de ello para decidir acerca de la indicación. Pero es necesario hacer una restricción: se tendrán en cuenta en primer lugar los *análisis particulares* efectuados en la clínica psicoterapéutica, toda vez que para el tratamiento de grupo rigen en parte otras normas clínicas y, por tanto, también otras indicaciones, en las que aquí no podemos entrar.

Ya vimos que formaba parte de las posibilidades de la situación de la clínica el ambiente favorable al análisis y propicio al mismo. En este medio, que halla expresión en la conducta de los terapeutas, de las enfermeras —en parte analizadas ellas mismas— y de los demás pacientes en análisis, el paciente se encuentra en un torbellino que le ayuda a hallar acceso a su propio inconsciente y a superar las resistencias que para ello se le oponen. Al propio tiempo, este medio le brinda una protección en sus intentos de probar nuevas formas de conducta, cuya oportunidad se presenta en el curso del desarrollo analítico. Desde el punto de vista del fenómeno de la transferencia, esto significa que ésta puede iniciarse y progresar más rápidamente en la clínica y con menos impedimentos. Es importante mencionar al respecto que la resistencia del paciente tiene menos oportunidad aquí de fijarse a ideologías y racionalizaciones hostiles al análisis, como aquellas con que tropieza a cada paso el paciente en el tratamiento ambulatorio (por ejemplo, como prejuicio general contra el propio método psicoanalítico, adhesión a causas de enfermedad somáticas o hereditarias, etc.). Sin duda, constituye un supuesto importante del mantenimiento de una atmósfera favorable al análisis, el que los pacientes afectados de una fuerte enfermedad secundaria o de un rechazo incorregible del psicoanálisis, aspectos capaces de influir muy

desfavorablemente sobre el medio, no sean admitidos en la clínica o se los despidan a tiempo.

A propósito de la indicación de la psicoterapia clínica individual, esto tiene como consecuencia el que puedan aceptarse para tratamiento a pacientes que fuera de la clínica han sido rechazados como intratables, ya sea a causa de resistencias como las mencionadas o de una muy pequeña capacidad de transferencia. Esto permite *ampliar los casos de indicación* de la psicoterapia clínica a las neurosis orgánicas con fuertes fijaciones de somatización, a las neurosis aferradas a racionalizaciones e ideologías y a las neurosis narcisistas, en las que está incluida una parte de los casos limítrofes y de las neurosis de carácter.

Referido a la capacidad de transferencia del paciente como indicador de su susceptibilidad de análisis, el enunciado de Freud relativo a las neurosis de transferencia (analizables) y a las neurosis narcisistas (no analizables) necesita, una vez más, una modificación.

La capacidad de transferencia de un neurótico no es un concepto absoluto, fijo, sino que sólo puede comprenderse y apreciarse, a partir del campo social de referencia en que el paciente se encuentra en cada caso. Es distinta, pues, en el ambiente clínico descrito, de lo que es en el medio doméstico y profesional cotidiano. O en otras palabras; el umbral de superación de las resistencias que residen en el paciente se desplaza en el ambiente de la clínica hacia abajo.

Una posibilidad especial que resulta para la psicoterapia clínica en conexión con la transferencia y aun con la contratransferencia es la de la situación que se produce en ocasiones en el transcurso de un psicoanálisis ambulatorio y se caracteriza por la fijación de una resistencia que no se elimina mediante interpretaciones de transferencia, lo que conduce algunas veces a un descontento creciente, agresivo, en el paciente y el terapeuta, porque ambos se culpan mutuamente por ello. Un análisis estancado en esta forma no ha de atribuirse necesariamente a la imposibilidad del paciente de ser analizado, ni a la insuficiencia del analista. En efecto, no todo paciente encaja bien con todo analista. En la clínica, en cambio, están a disposición 13 analistas, de sexo, edades y caracteres distintos (a la diversidad de la escuela tocante a la psicología profunda sólo la menciono complementariamente en esta conexión, concediéndole un lugar secundario). Existe una posibilidad considerable de que un paciente como el que acabo de mencionar encuentre en la clínica un terapeuta capaz de volver a poner a flote el barco encallado del análisis; en cuya conexión cabe mencionar que la elección del terapeuta en la clínica, después de terminado el tiempo de admisión de intención diagnóstica, es un proceso recíproco, en el que desempeñan un papel importante tanto el inconsciente del paciente como el del terapeuta. En efecto, podrá ocurrir que el paciente prefiera someterse al análisis de un terapeuta de nuestro equipo al que haya conocido ya durante el periodo de admisión, a “al de una mujer”, al de “uno que no sea demasiado joven”, o “que sea de preferencia casado”, etc. Los terapeutas, por su parte, al sentirse atraídos por un paciente presentado al equipo, y aceptarlo en tratamiento,



se guían aparentemente por consideraciones de pronóstico empíricas y teóricas, pero en el fondo —lo que es ciertamente más significativo—, responden a impresiones sentimentales. Se produce en esto algo semejante al “amor a primera vista”, esto es, una vivencia directa de la evidencia de que comprende a *este* paciente y cree poder ayudarlo. Por otra parte, ocurre también que ninguno de los terapeutas presentes pueda decidirse a aceptar a un paciente que les acaba de ser presentado. En tales casos propendo, por mi parte, a interpretar el juicio colectivo inconsciente del equipo como un pronóstico de carácter negativo.

El cambio eventual de terapeuta en la clínica, que tiene lugar por consideraciones análogas a las del tratamiento ambulatorio anteriormente mencionado, sólo que en un momento considerablemente más temprano que en éste, ya se citó en relación con la confrontación de los dos tratamientos.

En algunos casos aislados consideramos asimismo indicado que dos terapeutas distintos traten a un mismo paciente; por ejemplo, un paciente joven, que se encuentra en una crisis de desarrollo y desprendimiento, por una terapeuta mujer y un terapeuta varón. Por supuesto, el intercambio estricto de experiencias entre los dos terapeutas y la buena relación entre ellos, exenta de tensiones, constituye un supuesto indispensable del éxito de semejante procedimiento.

Del efecto de distanciamiento y descarga mencionado en la confrontación de los tratamientos resulta como consecuencia, para los fines de indicación, que los pacientes neuróticos descompensados, en graves situaciones actuales de opresión, se hallan mejor atendidos en la clínica que mediante la psicoterapia ambulatoria. En efecto, fuera de la clínica y bajo la presión de su situación, estos pacientes ni siquiera logran, a menudo, tomar la iniciativa para someterse a un tratamiento psicoanalítico o de observar, de modo consecuente, las horas de sesión convenidas. En la clínica, en cambio, una vez descargados de la presión aguda de su conflicto familiar o profesional, pueden hallar un gran mínimo de estabilidad, encontrar un primer acceso a su inconsciente y a las posibilidades del tratamiento psicoanalítico, y llenar así los supuestos para un análisis completo que se puede efectuar luego en forma ambulatoria.

A algunos de estos pacientes se les puede ayudar también con el objetivo limitado de la elaboración analítica de un conflicto principal (terapéutica focal).

Un subgrupo de esta categoría de pacientes, particularmente apropiado para la psicoterapia analítica, lo representan los jóvenes de 18 a 25 años, que se encuentran en una crisis de desprendimiento. Si como supuesto de curación figura en el tratamiento psicoanalítico la “experiencia emocional correctiva” y el paciente la realiza, por regla general, a través de su terapeuta, esta posibilidad resulta notoriamente estimulada y ampliada en un ambiente de clínica, que provoca y hace posibles nuevas adaptaciones sociales, permite y fomenta, en consecuencia, correcciones no sólo en el dominio del ello, sino también en el del superyó. Por supuesto, constituye un elemento importante del tratamiento de este grupo de pacientes, que

por lo regular han de permanecer en la clínica alrededor de un año, la colaboración activa del terapeuta en la realización de un nuevo esbozo del futuro para ellos. Forman parte de éste, la ejecución o la puesta a disposición de pruebas de capacitación profesional, la incorporación gradual al proceso laboral —las más de las veces durante la permanencia en la clínica—, así como la colaboración al desprendimiento del hogar, que con frecuencia resulta necesario.

Después del examen del proceso de transferencia y contratransferencia como factor de indicación de la psicoterapia analítica en una clínica especial, veamos ahora, a título complementario, algunos criterios de pronóstico más, considerando también la indicación de la psicoterapia clínica.

Por encima de las fronteras de las diversas escuelas de la psicología profunda, se consideran favorables, en la apreciación de las perspectivas de éxito de un tratamiento psicoanalítico en la clínica, los siguientes criterios:

- a) Breve duración de los síntomas (no más de 5 años).
- b) Edad entre 22 y 35 años.
- c) Fuerza relativa del yo.
- d) Flexibilidad de la conducta.
- e) Predominio de elementos estructurales histéricos.
- f) Una inteligencia de suficiente a buena.
- g) Ausencia de ideologías y racionalizaciones fijas.
- h) Fuerte presión de sufrimiento subjetiva.
- i) Situación claramente fatal, provocadora de síntomas.

Se consideran, en cambio, de pronóstico desfavorable:

- a) Duración prolongada de los síntomas (más de 5 años).
- b) Edad desfavorable (17 a 22 años y más de 36 a 40).
- c) Debilidad del yo.
- d) Conducta rígida.
- e) Predominio de elementos estructurales esquizoides.
- f) Una inteligencia de suficiente a débil.
- g) Ideologías y racionalizaciones fijas.
- h) Presión de sufrimiento subjetiva (primaria), de débil a nula.
- i) Imprecisa situación fatal provocadora de síntomas.

Además de éstos se consideran asimismo como de pronóstico desfavorable los siguientes criterios:

- j) Actitudes de manía y abandono y las perversiones manifiestas.
- k) Fijación de enfermedad secundaria.
- l) Inferioridad orgánica concomitante o consecuencias de enfermedades orgánicas.
- m) Factores hereditarios que influyen sobre los síntomas.

Estos criterios se aplican asimismo, en principio, a los tratamientos psicoanalíticos que han de tener lugar en la clínica. Sin embargo, tal como se



hizo observar ya en relación con el factor de indicación de la capacidad de transferencia, hay que tomar en cuenta algunos cambios de acento hacia ambos lados, que resultan de las particularidades ya descritas de la situación en la clínica, a saber:

- a) Debido a la *duración de la sintomatología* se establecen con las influencias del ambiente favorecedoras del análisis, algunas neurosis prolongadas, que ya no responden al tratamiento ambulante, como por ejemplo, neurosis compulsivas de más de 10 años de duración.
- b) Por lo que se refiere a la edad, pueden admitirse todavía en la clínica algunos pacientes jóvenes (entre 18 y 22 años), toda vez que en la clínica la presión de las personas encargadas de la educación, que a dicha edad suele ser muy fuerte y dificultar el análisis, se halla reducida. En cuanto a los pacientes de edad avanzada, resulta más difícil predecir si tienen o no en la clínica mayores perspectivas de evolución que en el análisis ambulante.
- c) Por lo que toca a la *fuerza del yo*, es probable que en la clínica se desarrollen pacientes de yo débil, a los que ya no es posible tratar por el método ambulante. En efecto, al lado del medio protector, tolerante y favorecedor del análisis, se añade el recurso a procedimientos terapéuticos auxiliares *averbales*, como por ejemplo la terapéutica de estructuración, la musicoterapia, la gimnasia, la danza, masajes, etc.
- d), e) También en relación con los criterios de *rigidez de la conducta* y la *importancia de diversos elementos estructurales* pueden disolverse en la clínica formas neuróticas fijas de conducta fallida y tratarse a pacientes con elementos estructurales esquizoides.
- f) Por lo que hace a la *inteligencia*, no se da en la indicación, entre las psicoterapias clínica o ambulante, diferencia alguna.
- g) Las *ideologías y las racionalizaciones* pueden más fácilmente ser sometidas a críticas y corregidas por los pacientes en la clínica que en el tratamiento ambulante.
- h) La *presión de sufrimiento subjetiva* debe de ser más fuerte en la psicoterapia clínica que en el tratamiento ambulante, toda vez que a causa del efecto de la clínica (distanciamiento, seguridad, regresión, transferencia positiva) se reduce a menudo rápidamente.
- i) El factor de pronóstico implícito en el peso y la claridad de una *situación fatal desencadenadora de síntomas* se aplica tal vez tanto a la psicoterapia clínica como al tratamiento ambulante.
- j), k) Por lo que se refiere a las actitudes de *manía y abandono*, a las *perversiones manifiestas* y a la *fijación de enfermedad secundaria*, incluidas las actitudes de expectativa de renta, rige, por las razones que se acaban de indicar, una *contraindicación* absoluta de la psicoterapia clínica. Estos pacientes, en la medida en que son todavía analíticamente asequibles, pueden tratarse en la situación *ambulante*, puesto que en ésta se encuentran al menos bajo la pre-

sión *secundaria* de sufrimiento, que se produce en la situación real de la vida como consecuencia de sus formas neuróticas especiales de conducta. Figuran aquí el descenso en la escala social, el aislamiento de sus semejantes, el peligro de intervenciones judiciales o gubernamentales, etc. Estos pacientes pierden inmediatamente en la clínica toda presión de sufrimiento —por consiguiente, también la secundaria— y sólo suelen interesarse en actuar sus actitudes fallidas, asociadas por regla general a obtener placer. Para esto encuentran en la clínica más posibilidades que en las situaciones reales fuera de ella, las que proporcionan menos tolerancia.

- l), m) En relación con las *inferioridades orgánicas*, los *daños orgánicos adquiridos* y los *factores hereditarios que influyen sobre la sintomatología*, no pudimos encontrar, en la comparación de la indicación entre los tratamientos clínico y ambulante, diferencia fundamental alguna.

Los pacientes que a causa de sus miedos ligados a la situación (sobre todo en casos de agorafobia) no estén en condiciones de visitar a un psicoterapeuta, por supuesto sólo pueden beneficiarse de un tratamiento analítico en la clínica, razón obvia por la que estos casos no se incluyen en la consideración de los criterios de indicación, médicos y psicológicos.

Esto es válido aún más en el caso de aquellos pacientes que habitan demasiado lejos del terapeuta más próximo para poder someterse a un tratamiento regular. Por supuesto, a éstos también la clínica les brinda una posibilidad de tratamiento psicoanalítico.

Para estos pacientes resulta ocasionalmente indicada la llamada terapia de intervalo: el psicoanálisis se interrumpe después de aproximadamente tres meses y se reanuda según acuerdo de seis a 12 meses más tarde.

Después de estas consideraciones relativas a la indicación y la contraindicación en la aplicación de la psicoterapia clínica, volvamos una vez más, en forma resumida, al punto de partida:

Es supuesto ineludible de la indicación y el éxito de un tratamiento psicoanalítico la posibilidad de interpretación de la transferencia del paciente. A tal objeto, el proceso (verbal y averbal) de transferencia ha de ser susceptible de apreciación y control por el analista. Lo mismo cabe decir de la contratransferencia de aquel a quien el paciente transfiere, a fin de que se le pueda utilizar como instrumento terapéutico.

Estos postulados se cumplen de la mejor manera en la situación dual fuera de la clínica, aunque en tal caso se sustraen con frecuencia a la posibilidad de elaboración en el análisis las manifestaciones de transferencia del paciente a sus personas de referencia y, más todavía, las reacciones de contratransferencia de éstas.

Sin duda, la situación dual en la clínica psicoterapéutica, con respecto a la situación ambulante, no es la misma por las diversas circunstancias concomitantes que ya anteriormente se comentaron; así, por ejemplo, en cuanto



a la tentación más fuerte para el paciente, de transferir a otras personas además del analista; pero esto queda compensado, en parte, por la posibilidad de que estas otras personas (otros terapeutas, enfermeras, terapeutas auxiliares, etc.) que forman parte del equipo de función conjunta de la clínica, informen al terapeuta que dirige el tratamiento de las interacciones de su paciente con ellas, y de que, por tanto, el psicoterapeuta clínico, en contraste con el ambulante, incorpore también a su labor terapéutica de interpretación una parte de las transferencias dirigidas a otras personas, así como una parte de las reacciones de contratransferencia de éstas.

En otros términos: los procesos extraterapéuticos de transferencia y contratransferencia son hasta cierto punto más fáciles de controlar en la clínica que en el tratamiento ambulante.

Sin duda, la posibilidades de control y, por consiguiente, de incorporación de las interacciones extraanalíticas del paciente, en las que con frecuencia pueden apreciarse fenómenos de transferencia, dependen de modo decisivo del entrenamiento analítico y el funcionamiento del equipo terapéutico conjunto de la clínica. Se requieren para ello discusiones casuísticas continuas de los terapeutas con las enfermeras y los terapeutas auxiliares. Se requiere además una introducción a fondo de estas personas en la psicología profunda y la dinámica de grupo. Lo mejor es cuando un grupo de enfermeras han tenido ellas mismas una experiencia analítica en un análisis individual o de grupo.

Si se cumplen estos requisitos, la enfermera puede convertirse, en la clínica psicoterapéutica, en aquello que Simmel, quien ya en los años veinte dirigía en Berlín una clínica de éstas, designó como "la prolongación de un órgano sensorio del terapeuta".

Hemos visto, pues, que una serie de ventajas relacionadas con la situación de psicoterapia en la clínica va acompañada de inconvenientes innegables. Por mi parte, he tratado de demostrar que en el caso de un planteamiento de indicación dirigida, que cualquier clínica habrá de elaborar por su cuenta, la proporción de las ventajas frente a los inconvenientes crece gradualmente.

Es indudable, sin embargo, que lo que aquí se sostiene habrá de permanecer aún en el dominio de la especulación, a menos que se objective mediante un control de los resultados de tratamiento. Hemos considerado, por consiguiente, como una de nuestras primeras tareas en la comprensión científica de los tratamientos llevados a cabo en nuestra clínica la preparación de una catamnesis orientada de la manera más amplia posible.

Hasta tanto no se disponga de los primeros resultados habrá de quedar sin respuesta para nosotros —no nos hacemos al respecto ilusión alguna— la pregunta acerca de si el psicoanálisis en la clínica está siquiera justificado. Estamos absolutamente dispuestos, si las catamnesis resultan negativas, a transformar nuestra clínica en un asilo para ancianos. Sin embargo, nuestras investigaciones provisionales no sistemáticas parecen justificar la esperanza de que las hipótesis establecidas en esta exposición y las consecuencias para la indicación y el pronóstico, extraídas de ellas, se verán confirmadas por las catamnesis.

LA EXPRESIÓN PICTÓRICA: LA TOMA DE POSESIÓN DEL MATERIAL COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL PROGRESO PSICOANALÍTICO *

Gretel y Udo Derbolowsky

LA PRESENCIA somera de dos casos ilustrará lo que en psicoanálisis significa el trabajo de toma de posesión.

El primer caso se basa en una sesión individual; el segundo ejemplo está tomado de una sesión de grupo.

Se trata, en el primero, de un académico de cuarenta y tres años, que trabaja por cuenta propia, y se hallaba desde seis meses antes del tratamiento en estado depresivo. El que sigue es el reporte de su quinta sesión psicoanalítica y la primera del tratamiento en la que se introdujo el manejo del material.

En una mesa lavable hay pinturas en polvo mezcladas con engrudo. El paciente usa una bata de trabajo y recibe la indicación de aplicar con sus dedos sobre una hoja de papel la pintura preparada, lo cual le desagradaba en extremo. Sin embargo, gracias a las explicaciones dadas al inicio del tratamiento, se da cuenta de que este procedimiento es parte de su tratamiento. En consecuencia, racionalmente hablando, está preparado para llevar a cabo la pintura con los dedos. Mete su dedo en la mezcla colorida, pero inmediatamente lo saca y se lo limpia con el trapo. Su frente se cubre de gotas de sudor; espontáneamente dice que nunca se le había permitido cosa semejante desde su temprana infancia y, de hecho, nunca había deseado hacerlo. Encuentra el menurje repugnante. Sin embargo, se fuerza a tratar de nuevo, llevado de su interés en realizar el tratamiento. Por fin, la hoja de papel se llena de manchas rojas de pintura, que esparce una por una con el dedo. Al hacer esto, el paciente empieza a describir espontáneamente su pasado más lejano; al principio, titubeante y luego de una manera más viva e impresionante; en este ambiente de su primera niñez la madre aparece como una mujer meticulosa, muy cuidadosa de la limpieza. Si él jugaba con otros niños tenía que cuidar sobre todo de no manchar su ropa.

Ahora el paciente encierra las manchas rojas en círculos de un verde turbio al que añade pequeños trazos de color castaño. Intenta hacer un cuadro de la hoja, y luego, comenta un tanto travieso: "nueva rosa".**

Aquí se puede hacer una pausa para llevar a cabo el diagnóstico y considerar las interpretaciones pertinentes. El paciente quiere hacer un cuadro de rosas en botón. Las rosas en botón son órganos de reproducción en acción. El paciente está enamorado de una muchacha joven y quiere divor-

* Conferencia pronunciada en el III Foro Internacional de Psicoanálisis. México, D. F., 1969.

** Juego de palabras en alemán: "Neu-Rose = nueva rosa, en una sola palabra significa neurosis.

