

39. —, "The Flight from Womanhood: The Masculinity Complex in Women, as Viewed by Men and by Women", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. VII, 1926, pp. 324-339.
40. —, "The Dread of Women", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. XIII, 1932, pp. 348-360.
41. Jones, Ernest, "Mother-Right and the Sexual Ignorance of Savages", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. VI, 1925, pp. 109-130.
42. Johnson, Adelaide M., "Factors in the Etiology of Fixations and Symptom Choice", *Psychoanalytic Quarterly*, vol. XXII, núm. 4, 1953, pp. 475-496.
43. Kampe, Henry, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, W. Droegemüller, y H. K. Silver, "The Battered Child Syndrome", *J.A.M.A.*, vol. 181, núm. 1, julio de 1962, pp. 105-112.
44. Klein, Melanie, "Early Stages of the Oedipus Conflict", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. IX, 1928, pp. 167-180.
45. —, *The Psychoanalysis of Children*. The Hogarth Press. Londres, 1945.
46. Kolb, Lawrence C. y A. M. Johnson, "Etiology and Therapy of Overt Homosexuality", *Psychoanalytic Quarterly*, vol. XXIV, 1955, pp. 506-515.
47. Litin, E. M., Griffin, M. E. y Johnson, A., "Parental Influence in Unusual Sexual Behavior in Children", *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. XXV, 1956, pp. 37-53.
48. McHenny, Thomas, Bertram R. Girdany, y Elizabeth Elmer, "Unsuspected Trauma with Multiple Skeletal Injuries during Infancy and Childhood", *Pediatrics*, vol. 31, núm. 6, junio de 1963, pp. 903-908.
49. Oberndorf, C. P., "The Castration Complex in the Nursery", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. VI, 1925, pp. 324-325.
50. Pickworth Farrow, E., "A castration Complex", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. VI, 1925, pp. 45-50.
51. Rheingold, Joseph C., *The Fear of Being a Woman. A Theory of Maternal Destructiveness*. Grune & Stratton, Nueva York, 1964.
52. Riviere, Joan, "A Castration Symbol", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. VI, 1925.
53. —, "The Castration Complex in a Child", *Intern. Journ. of Psychoan.*
54. Stärcks, August, "The Castration Complex", *Intern. Journ. of Psychoan.* vol. II, 1921.
55. Tausk, Viktor, "A contribution to the Psychology of Child-Sexuality", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. V, 1924, pp. 343-357.
56. Van Ophuijsen, J. H. W., "Contribution to the Masculinity Complex in Women", *Intern. Journ. of Psychoan.*, vol. V, 1924, pp. 39-49.
57. Visher, John S., "Successful Therapy in a Case of Infanticide", *Archives of Criminal Psychodynamics*, vol. 4, 1960, núm. 1, pp. 76-90.

## FRECUENCIA, INTERVALOS Y PLANEAMIENTO DEL TIEMPO EN LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

Marianne H. Eckardt

"Al ser preguntado qué era el tiempo, Pitágoras respondió que era el alma de este mundo." Esto lo leemos en las *Cuestiones Platónicas* de Plutarco. El tiempo es un elemento básico de la estructura y la organización. Una buena distribución del tiempo es el elemento básico de su apropiación. Rige el "cómo" de nuestra actividad y da vida, así, al "qué". La consideración del tiempo es el eje a lo largo del cual tratamos de cumplir la tarea de integrar las múltiples demandas de cualquier situación. He pensado por mucho tiempo que, en cuanto analistas, deberíamos preocuparnos mucho más de la importancia del tiempo, no sólo por razón de una buena técnica en el tratamiento, sino también porque es una de las dimensiones de la vida respecto de la cual hemos de llamar la atención de nuestros pacientes, si es que han de lograr alguna armonía en sus esfuerzos por vivir.

A título de simple ilustración, voy a enumerar algunos de los aspectos del tiempo que hemos de tener presentes al examinar los intervalos y la frecuencia de las visitas de los pacientes:

1) El aspecto que rige probablemente el conjunto es la manera en que hemos organizado nuestros consultorios, su economía y nuestra preferencia de un horario y unos ingresos cómodos.

2) La demanda externa de servicios. Durante la guerra, cuando había una escasez pronunciada de psiquiatras y la gente estaba sujeta a desplazamientos frecuentes, se descubrió y justificó filosóficamente la utilidad del tratamiento de breve duración. Este interés se fue desvaneciendo rápidamente al final de la guerra, y ello por razones, cabe suponer, que poco tienen que ver con las ventajas del tratamiento de breve duración.

3) La necesidad de dar al proceso terapéutico una estructura temporal. Alguna regularidad planeada es importante, y suele examinarse, por lo regular, antes de que hayamos llegado a conocer bien al paciente.

4) La mejor frecuencia temporal para el paciente. Este factor, que es el más sujeto a variación y el que más reflexión requiere, es probablemente, con todo, aquel en que menos se insiste, pese a que da lugar a muchas cuestiones complicadas.

5) Una consideración del tiempo de carácter más personal. ¿Cuántos pacientes podemos ver en un día, para su psicoterapia intensa, si hemos de conservar además la agilidad de espíritu atenta y simpaticante que se necesita para una velada agradable? Nuestra capacidad individual es diversa, y yo conozco a más de un psicoanalista que, a través de su experiencia personal, se ha sabido combinar un horario bien equilibrado que comprende, además de la psicoterapia, labores docentes, de investigación y otras actividades ade-

cuadas a su temperamento, sin que se resienta por ello en lo más mínimo la alta calidad de su labor profesional. El tiempo más descuidado por los jóvenes analistas es el que destinan a su propio bienestar. Son demasiados los que llegan al hogar exhaustos, agotados y sin humor para cualquier distracción. ¿Cómo estarán en condiciones —nos preguntamos— de instruir a sus pacientes acerca de los secretos de una vida placentera, si descuidan ellos mismos los requisitos materiales y de tiempo de sus propias vidas?

El aspecto más discutido es el de la estructura necesaria del tiempo de la terapéutica psicoanalítica. Es de lamentar que tales estudios sólo raramente se vean libres de los intereses establecidos. La frecuencia de las horas se convierte para el psicoanalista en un símbolo. Si por ventura el psicoanalista considera que algún paciente podría resultar beneficiado con menos horas por semana, corre el riesgo de que se pongan en entredicho ya sea su reputación como psicoanalista o la calidad de su tratamiento. Afortunadamente, si bien calman el ardor de los teóricos apasionados, tales discusiones no rigen la práctica real, la cual, por razones de orden puramente material, es más flexible y variable. La frecuencia de las horas del psicoanálisis estuvo determinada inicialmente por sus premisas teóricas. Sin embargo, con el tiempo, el procedimiento se convierte en un ritual ajeno a sus fines originales. La frecuencia de cuatro a cinco veces a la semana, por ejemplo, corresponde al intento terapéutico de crear una neurosis de transferencia. Una vez que abandonamos esta premisa, en cambio, necesitamos volver a considerar el objeto de nuestro plan de frecuencia inicial.

Podrán acaso interesar los cambios en materia de frecuencia e intervalos que se han producido en mi propia práctica a través de los años.

Inicié mi práctica pensando en los "buenos" pacientes psicoanalíticos que vendrían cuando menos tres veces por semana. De hecho, por supuesto, tenía también pacientes que sólo venían dos veces. Recuerdo que me resistía a iniciar el tratamiento con el cliente que sólo viniera una vez a la semana. La cosa no me parecía eficaz. Paulatinamente, sin embargo, se ha producido una reducción en las horas. Actualmente sólo veo a un paciente tres veces por semana, si su estado de trastorno agudo así lo requiere. Para el tratamiento intenso, prefiero ahora dos sesiones semanales, y trato con éxito a muchos pacientes a los que veo una vez a la semana o una vez cada quince días. Esta evolución en materia de frecuencia va acompañada de un cambio de visión o teoría. El cambio va de mi idea de lograr un reconocimiento completo del paciente hacia una mayor importancia dada a animarlo para que se enfrente con la vida y considere la terapia como un estímulo para aprender a hacerlo. Para aprender a hacerlo no en la oficina, sino fuera de ella, mediante la experiencia y la experimentación reflexiva. Soy ahora más flexible. Termino antes pero no sin haber insistido deliberadamente en sesiones ulteriores. Hay pacientes que utilizan el estímulo obtenido de un breve periodo de tratamiento para seguir adelante por su cuenta. Por otra parte, un nuevo periodo de sesiones terapéuticas puede volver a profundizar y ampliar eficazmente las percepciones en vista de una mejora de la actuación. Otros pacientes, en cambio, viven en situaciones difíciles que no se dejan cambiar. Necesitan un apoyo esporádico cuando su capacidad de lucha ha sido apreciada más allá de su

voluntad real de vencer. Por mi parte, nunca he creído en el psicoanálisis por amor del psicoanálisis, y siempre he considerado la psicoterapia, con cualquier nombre que se la designe, como enderezada a un solo fin: el de mejorar la calidad de la vida del paciente.

La interrupción temporal del tratamiento beneficia a menudo tanto al paciente como al terapeuta. Nosotros, como terapeutas, nos atascamos en nuestra manera de enfocar un problema. No solamente el paciente, sino también nosotros nos hacemos rutinarios en lo que decimos. Corremos riesgo de hacernos pesados, impacientes, demasiado obstinados o resignados. Una pausa terapéutica nos proporciona la oportunidad de ver al paciente con nuevos ojos. Muchos pacientes asimilan mejor las ganancias terapéuticas una vez que se ven en el caso de valerse por sí mismos. No debemos subestimar nunca la dependencia respecto de los padres fomentada por la situación analítica, tanto si la cultivamos como si no lo hacemos. La pausa terapéutica resulta a menudo provechosa cuando se trata de pacientes que adoptan fácilmente los puntos de vista y el lenguaje del analista. La interrupción revelará acaso al terapeuta el carácter inestable de tal adaptación camaleónica.

Quisiera mencionar un problema particular. Es el que se refiere al peligro de dejarnos atrapar en la red de la rutina terapéutica. Sabemos de pacientes que se sirven del tratamiento como de un medio razonable de no existencia. Vienen al consultorio con puntual regularidad, para no lograr nada. Dan cuenta, pero no piensan, ni digieren, ni escuchan, ni se esfuerzan por aprender. "Seguir un tratamiento" se convierte en una justificación externa de su existencia, aun si no pasa de ser una actitud. Satisface el sentimiento que tienen de "hacer algo al respecto" y de "esperar que algo suceda", pero sólo sirve, en el fondo, para hacer más cómodo su sistema de existir no existiendo. Se sienten amenazados por la posibilidad de una interrupción, pero no les preocupa, en cambio, la falta de eficacia. En tales casos, tengo la impresión nítida de ser cómplice de un juego que persigue el mantenimiento del *status quo* mediante mi participación en la farsa terapéutica. Y sin embargo, el paciente necesita ayuda. Por supuesto, la sola manipulación del aspecto temporal, tales como el poner fin o la interrupción pasajera, no resolverá el problema terapéutico de la situación. Pero creo que nuestros actos han de reforzar nuestras palabras, toda vez que tales pacientes son sordos a las palabras solas. Hemos de dar alguna expresión sensible a nuestra esperanza de que, para que se produzcan resultados tangibles, necesitamos que ellos, los pacientes, piensen, escuchen y se comporten activamente como si efectivamente esperaran tales resultados. La cuestión está en que el terapeuta comprenda que, a menos que pueda movilizar en el paciente una voluntad y un esfuerzo terapéuticos, debería discontinuar el tratamiento, en beneficio del propio paciente, por mucho que éste proteste. Una terapéutica mal aplicada puede acaso ser peor que la falta total de ella.

Una palabra más, todavía, acerca del carácter adecuado de nuestras apreciaciones relativas al tiempo y la frecuencia. Por mi parte, nunca he sentido la necesidad de callar las impresiones o las intuiciones que he obtenido del paciente. Nuestra forma de expresión reviste importancia. El humor es indispensable como lo es también el empleo, por nuestra parte, de un lenguaje cotidiano y abundante en imágenes. La jerga profesional ha de evitarse, pues

carece de sentido humano. Mis errores de interpretación provienen de que mi comprensión no ha sido adecuada. Nuestros horarios sobrecargados nos hacen descuidar con frecuencia el reflexionar por nuestra cuenta acerca del problema terapéutico que debe enfocarse y en la manera de abordarlo. Tengo la impresión de que, una vez que mi orientación básica parece ser acertada, dispongo mejor las variaciones individuales del horario, tengo más paciencia, humor y comprensión, pero también una más tranquila firmeza frente a los problemas que mis interpretaciones me plantean.

## EXPERIENCIAS DEL ANÁLISIS DE PERSONALIDADES ESQUIZOIDES Y DEPRESIVAS <sup>1</sup>

*Fritz Riemann*

EN EL tratamiento de personalidades esquizoides y depresivas es donde existe, en la terapéutica psicoanalítica, menos tradición, y de ahí que un intercambio de experiencias se presente aquí como de la mayor importancia. Desde el punto de vista histórico, en la evolución del psicoanálisis figuraron inicialmente la histeria y la neurosis compulsiva en primer término, porque éstas eran entonces, por razones sociológicas, más frecuentes y, en consecuencia, es en ellas donde el método psicoanalítico hubo de desarrollarse. Estas dos neurosis se designaron como "neurosis de transferencia" y se delimitaron respecto de las "neurosis narcisistas", las cuales, debido a la falta o la limitación de la capacidad de transferencia emocional o, respectivamente, de otros procesos de transferencia se consideraron así desde un principio como menos abordables con el método clásico y se presentaban, en consecuencia, como más vecinas de las psicosis.

Si se abordaban las neurosis narcisistas con los medios del psicoanálisis clásico, entonces, o el análisis no lograba a menudo iniciarse, o bien dejaba el paciente de presentarse después de unas pocas sesiones. Todavía en mis años de estudiante, por los años treinta, y luego en las estadísticas de los institutos, se formulaba en tal caso la cosa aproximadamente así: El paciente ha interrumpido el análisis porque no se produjo transferencia. A partir de semejantes formulaciones y fracasos —también propios— se me planteó por vez primera la cuestión de si en las neurosis narcisistas no habría acaso que variar los métodos: ¿Había que seguir analizando simplemente por más tiempo y más a fondo, conservando la técnica clásica, sin abandonar demasiado pronto la esperanza de llegar finalmente a los recuerdos primeros, o era, más bien, el método mismo el que había que cambiar, transformándolo eventualmente en sentido específicamente conforme a las neurosis, porque no pueden aplicarse sin más a las neurosis narcisistas las experiencias obtenidas con las neurosis de transferencia?

En el caso de las neurosis de transferencia, se obtenía con el método clásico un material abundante, que se dejaba además verificar más fácilmente; en las neurosis narcisistas, en cambio, las cosas se presentan de otro modo. A propósito del ser, en gran parte onírico-vegetativo e inconsciente, del niño de los primeros días poco sabemos a ciencia cierta. En efecto, en los que sufren trastornos tempranos, los agentes patológicos se sitúan en la base preverbal, y con el tratamiento se trata, en su caso, de suponer o interpretar vivencias, sentimientos y sensaciones corporales oscuramente experimentados,

<sup>1</sup> Conferencia sustentada en el *Institut für ärztliche Psychotherapie in Zürich*, el 22 de abril de 1964, en el sanatorio cantonal *Burghölzli*.

