

Síntesis final de los relatos y discusiones sobre material clínico en el VI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano *

Willy Baranger y Jorge Mom
(Argentina)

En este tipo de reuniones hay dos clases de personas que no satisfacen a nadie. Una, los valientes que presentan casos que cada uno de nosotros hubiera analizado mucho mejor que ellos; y la otra, los sintetizadores finales, porque no valoran ni rinden justicia a nadie.

Pero tenemos que correr este riesgo, tratando de desprendernos del modelo mental del “control gigante”, que no corresponde ni a la intención, ni a la utilidad verdadera de estas discusiones.

Hemos limitado nuestro enfoque a buscar los puntos en discusión de los distintos marcos referenciales, con la finalidad de definirlos y cotejarlos, lo que nos llevó algunas veces a hacer las posiciones menos matizadas y las oposiciones más tajantes de lo que son en realidad. Con esta reserva hemos tratado de no traicionar a ningún pensamiento.

También, por razones de brevedad, nos referimos al “relato de México” o al “relato de Buenos Aires” como si correspondieran al esquema referencial molar de una Asociación Psicoanalítica. Sabemos perfectamente que existen, en cada Asociación, una multiplicidad de esquemas referenciales que —a lo mejor— no están representados en el relato oficial, y consideramos esta multiplicidad como inevitable y aun necesaria para nuestro progreso. Estas diferencias aparecieron en las discusiones, pero no podemos sino limitarnos a las grandes líneas. El trabajo del Congreso, tanto el trabajo previo a su reunión efectiva, como el que se realizó en Montevideo, nos pareció centralizarse

* Consideramos que, aunque por razones de discreción el material clínico expuesto no puede ser publicado, y por consecuencia tampoco los relatos que a ese material se refieren, conviene sí publicar esta síntesis por su valor como tal y el interés con que fue acogida.

alrededor de cinco puntos principales: el concepto mismo de esquema referencial, la situación analítica, el lenguaje, la interpretación, el proceso analítico.

I.— EL CONCEPTO DE ESQUEMA REFERENCIAL

Esquema referencial es un conjunto más o menos coherente y más o menos formulado, en todo caso formulable, de conocimientos o principios, que sirve de guía o de brújula para una comprensión o actuación tendiente a entender una situación dada y/o modificarla.

En el caso del psicoanálisis, el esquema referencial comprende:

- a) el cuerpo de teorías que permiten entender la estructura y las modificaciones de la situación analítica y el proceso analítico (esquema teórico);
- b) los principios que rigen nuestra actuación en el campo analítico: el fin perseguido por nuestras interpretaciones, los medios utilizados para alcanzarlo, las modalidades de la interpretación (formulación utilizada —grado de “profundidad”—, secuencia de ellas —elección de tal o cual aspecto del “material”—, cantidad, etc.). Asimismo, forman parte de nuestro esquema referencial los principios que rigen nuestra intervención no interpretativa en el campo, sea ésta mucha o poca, aunque sea nada más que fijar el encuadre (esquema técnico).

Los aspectos teórico y técnico del esquema referencial analítico:

- 1) no son separables; según lo que entendemos de la dinámica de la situación analítica, elegimos el tipo y la forma de nuestra intervención
- 2) no son idénticos: siempre subsiste un grado mayor o menor de intervenciones en contradicción con nuestro esquema referencial

formulado.*

En el esquema referencial va implícita toda la experiencia analítica personal del analista con sus pacientes y en su propio aprendizaje. Se puede trazar así una genealogía del esquema referencial (Racker) y también una ontogénesis del mismo. En la base última del esquema, encontraríamos las fantasías arcaicas que soportan el trabajo analítico y que varían de un analista a otro (fantasías de reparación, escotofílicas, de omnipotencia mágica, de maternidad, etc.. .

En la discusión de esquemas referenciales nos limitaremos a los aspectos formulados o formulables de éstos, que son al mismo tiempo los aspectos más compartidos entre los analistas y que determinan afinidades o escuelas, pero sin olvidar que estos aspectos conceptuales tienen sus raíces en lo más arcaico de la vida individual.

La “modalidad” o el “estilo” de cada analista están hechos del esquema referencial formulado por una parte y de toda esta idiosincrasia ontogenética y genealógica por la otra. Aquí no interesa discutir las modalidades individuales, caracterológicas del esquema, sino sus aspectos más generales y posibles de compartir.

Es de notar que la pertenencia a una escuela o corriente no define, ni mucho menos, los aspectos fundamentales del esquema (cf. Rosenfeld y Bion, por ejemplo). Uno no puede, pues, caracterizar un esquema calificándolo de “kleniano” o “de la ego psychology” o “clásico”, sino en forma muy grosera. Hay cincuenta esquemas sustancialmente distintos en la línea “kleniana” y tantos otros en cualquier otra línea. En este punto, diferimos netamente con el relato colombiano. Es evidente que las diferencias del esquema referencial, deben manifestarse, antes que todo, a propósito de la situación analítica misma.

II.— LA SITUACION ANALITICA

* Suponemos como ideal la coherencia mayor posible entre esquema teórico y esquema técnico.

Las discusiones y los relatos reflejan diferencias importantes de esquemas referenciales en torno a la situación analítica. No nos detendremos en enumerar los puntos en que todos estamos de acuerdo. Los hay, y muchos, ya que todos somos analistas. Pero la finalidad es cotejar opiniones discutibles. Tres puntos nos parecen centralizar el interés: la transferencia-contratransferencia, el concepto de punto de urgencia y el “setting” o encuadre de la situación.

A) La transferencia-contratransferencia

Ya la formulación de este título (la transferencia y la contratransferencia juntas y paralelas) deja entrever el esquema propio de los *autores* de esta síntesis.

El punto de discusión máxima es la diferencia del concepto de contratransferencia. O se lo considera como un fenómeno no muy frecuente, de naturaleza patológica, indeseable en sí para el trabajo analítico (punto de vista considerando la situación analítica como esencialmente unipersonal), o se lo considera como parte integrante de la situación al mismo título que la transferencia, presente todo el tiempo como ésta, digno de ser observado como ésta, instrumento de comprensión como ésta (lo que constituye un punto de vista esencialmente bipersonal).

Los relatos de México y en parte el de San Pablo, representan el primer punto de vista. Los relatos de Colombia y Argentina, el segundo. Yendo un poco más profundamente, uno se da cuenta que no sólo el concepto de contratransferencia, sino el propio concepto de transferencia plantea problemas muy análogos. Al final unos incluyen en la transferencia toda la relación paciente-analista, como en la contratransferencia toda la relación analista-paciente, por considerar que ambos constituyen una unidad que se puede enfocar desde un lado o desde el otro, y los demás no aceptan esta unidad operacional, y se sienten obligados a diferenciar lo que es propio del uno y del otro, como si estuvieran fuera de una situación común. En esta perspectiva estamos de acuerdo con el relato colombiano en considerar toda actuación

(aun perfectamente legítima e inevitable) del analista, por ejemplo ir a un Congreso, como actuación contratransferencial, ya que tiene este significado en la situación analítica. Nos parece observar en este Congreso una evolución paulatina de nuestro pensamiento de la etapa de la contratransferencia obstáculo, a la etapa de la contratransferencia-instrumento, aunque la lectura de algunos de los relatos pueda hacer dudar de esta perspectiva.

B) El punto de urgencia

Todos los relatos se ocupan de este tema obviamente capital en la técnica, ya que determina la selección de lo que debe ser interpretado. Unos lo nombran así, otros lo nombran en otra forma. Todos lo usan, pero con definiciones distintas que implican variaciones considerables en la técnica. El relato mexicano lo considera como emergencia de la resistencia del paciente. El relato argentino recalca, a propósito del material de Perla, un elemento del punto de urgencia (sin preocuparse de una definición general). Se trata de la inclusión de un elemento de realidad directamente relacionado con el analista y negado (a su criterio) por la paciente. El relato colombiano destaca la prioridad urgente del análisis de toda ruptura del encuadre de parte del analista. El relato de San Pablo lo define en una forma más general: la angustia transferencial es la indicación de la mayor urgencia de una interpretación con relación a otras teóricamente posibles. Agregaríamos a estos puntos de vista (que —esta vez— no son incompatibles, sino complementarios en parte) una indicación más: el surgimiento de una vivencia contratransferencial definida, sea de angustia o no. Si entendemos porqué se **produce** y lo que significa en el campo, nos proporciona el punto de urgencia, o en todo caso, si no la entendemos de inmediato, nos indica la existencia de *un punto de urgencia* prioritario para preguntarnos y tratar de entenderlo.

C) “Setting” o encuadre

El “setting” o encuadre, tema controversial en lo que hace a sus alcances precisos, a su significado, es considerado explícitamente en el relato de San Pablo, que desarrolla de una manera amplia y abierta lo que considera su esquema referencial y en él, como un aspecto trascendente, la pureza del “setting”. Es evidente que este concepto está implícitamente expresado en varios relatos; así, por ejemplo, el grupo de autores del relato de Buenos Aires, señala el comportamiento de Cacilda respecto a la hora (horario particular de la paciente) como un ataque al encuadre, que es la hora dada por su analista. Podría desprenderse de esta mención, la necesidad de interpretar esto con un cierto grado de importancia, ya no sólo por el contenido en sí mismo, sino porque esto, la conservación del encuadre, constituye un prerequisite indispensable para el mejor desarrollo del fenómeno transferencial-contratransferencial, y que esto se convierta a su vez en el punto de urgencia interpretativo tendiente a restablecer el mismo.

La ausencia de comentarios explícitos sobre el tema, autorizaría a pensar que los distintos relatores no han encontrado en los historiales clínicos que comentan, nada importante relativo a una alteración del encuadre.

Sin embargo, creemos necesario comentar el punto, porque entendemos que sobre él existen algunas diferencias en lo que respecta a la mayor o menor importancia que sobre el estricto —y en ocasiones rígido— cumplimiento del mismo conceden algunos autores o grupos psicoanalíticos.

Es un tema que, pensamos, debería tratarse mucho más a fondo. Tan solo y en síntesis, diríamos que:

Todos los analistas latinoamericanos tenemos tendencia a mantener el encuadre más neutro posible. Unos piensan en la posibilidad de una asepsia casi perfecta, otros piensan que por bipersonal, la situación es necesariamente séptica, pero debe esforzarse hacia la neutralidad.

Finalmente, se desprenden de los materiales y trabajos, dos conceptos extremos acerca de la situación analítica, con posiciones intermedias aceptando aspectos de ambos extremos. En un lado tendríamos el concepto resueltamente unipersonal de la “ego psychology”, representado por el relato del Dr. Namnum. En el otro tenemos el concepto resueltamente bipersonal, aceptado por varios rioplatenses y otros.

El punto crucial de la oposición es la contratransferencia. Para la “ego psychology” este fenómeno es esencialmente patológico, constituye una traba para la comprensión y debe ser eliminado lo más posible de la situación analítica. Lo ideal es el analista-espejo.

Para la posición opuesta, la contratransferencia debe ser definida en forma mucho más amplia, incluyendo todo lo que el analista piensa o siente, consciente o inconscientemente, dentro de la situación analítica. Esta definición implica el concepto de una situación analítica como totalidad dinámico-estructural donde no se producen fenómenos aislados. Dentro del marco de sus funciones asimétricas, paciente y analista se definen el uno por el otro, en su interpretación operativa. La contratransferencia por lo tanto como fenómeno no sólo inevitable, sino aparece normal e indispensable para el proceso analítico, lo que no des-carta que pueda presentarse en forma patológica, en relación con formaciones patológicas del campo bipersonal. Sus formas patológicas se detectan por el hecho de que la contratransferencia deja de ser un instrumento imprescindible del trabajo analítico (Racker) para constituirse en un obstáculo para él. Se trata, técnicamente, de un instrumento para entender lo que pasa en el campo, no para ser comunicado sin más al paciente.

III.— LENGUAJE

Es evidente la importancia del papel del lenguaje en psicoanálisis. Todo el proceso analítico pasa por el lenguaje y se juega a nivel del lenguaje. Pero se lo puede tomar como problema ya resuelto; el lenguaje siendo un medio de comunicación neutro y sobreentendido, focalizándose el interés sobre los contenidos, o atribuir a los problemas de formulación una importancia primordial. La primera actitud sería la del material de Río; la segunda la del material de Buenos Aires.

Es evidente el motivo y el mérito de la elección de este material por el Dr. Wender, el poner en discusión una técnica de formulación de las interpretaciones algo novedosa y que pareció extraña a varios autores de los relatos. Tratemos de caracterizarla: apunta a mantener la “máxima continuidad”

con el paciente, a evitar la distancia y la intelectualización, y a constituir la interpretación como objeto transaccional. Para esto recurre a distintos procedimientos verbales (uso de la conjunción copulativa, codificación alusiva, utilización del lenguaje infantil, etc...). El principio técnico subyacente es que la interpretación tiene que llegar a lo vivencial lo más directamente posible y no favorecer el recurso del paciente a técnicas fóbicas y obsesivas (evitación-intelectualización). Esto implica a la vez una teoría de la técnica analítica y una teoría del lenguaje.

Frente a esto, se sus cita una gama de reacciones diversas que van desde un velado horror (relato de México), hasta una aceptación parcial (relato de San Pablo). Pero veamos los argumentos y los esquemas.

Una de las críticas se dirige no sólo al esquema teórico particular de Wender, sino a todo el esquema kleniano: analizar la fantasía inconsciente desconociendo la defensa y la resistencia y pensar vencer mágicamente ésta por un tipo particular de formulación más “vivencial” —que el relato mexicano compara con la hipnosis—. Lo más problemático en este sentido sería el uso de la conjunción copulativa que llega a constituir una “manipulación” de la resistencia, contradictoria con el principio analítico fundamental de “interpretarla”. A lo cual la Dra. Bicudo responde que la defensa es también vivencia, también fantasía, y que defiende al Yo contra contenidos angustiantes.

Otra crítica (Colombia, San Pablo) acepta el principio general del esquema técnico de Wender, es decir, el establecimiento de la menor distancia y del mayor contacto entre lenguaje del analista y lenguaje del paciente, pero objeta la aplicación de este principio por Wender (utilización de lenguajes especiales, el paralelo, el codificado, etc.) por pensar que lleva a una fusión o confusión paciente-analista, que quita la pequeña distancia imprescindible para que la formulación interpretativa pueda retomar la fantasía cruda y reubicarla en un plano de comprensión, posibilitando así el insight (ver en este sentido la muy exacta formulación del relato de San Pablo).

El caso del Dr. Wender y el caso de la Dra. Schneider aparecen así (aunque correspondiendo a esquemas referenciales teóricos semejantes) como contrapuestos, lo que el relato colombiano define como tendencia a la

“experiencia emocional correctiva” en el primer caso, y “reeducción pedagógica” en el segundo. Pero la médula del problema es la distancia óptima entre paciente y analista creada por el uso de tal o cual lenguaje.

Creemos nosotros que debe variar esta distancia, según *los* momentos de la sesión analítica, yendo y viniendo de la fantasía vivencial del paciente a la formulación comprensible por él y distinta del material usado, por la cual puede tener acceso al insight.

Por ello pensamos que el analista debe poder usar distintos registros idiomáticos según su objetivo inmediato en la sesión:

en ciertos momentos pegarse lo más posible al paciente, en otros momentos despegarse de él para que pueda comprenderse. Hacer y deshacer constantemente la simbiosis analítica.

IV.— LA INTERPRETACION

Una cosa es el tipo de formulación utilizado para las interpretaciones —el problema del lenguaje—, otra cosa es la interpretación misma en sus características formales (longitud, cantidad, momento) y en su contenido. Ambos materiales clínicos, todos los relatos, gran parte de esta discusión, se refieren a estos aspectos.

Tanto el relato de San Pablo, como el de Colombia, enfatizan su preferencia por las interpretaciones cortas, simples, en lenguaje común, no explicativas. Aquí también el problema radica en la administración de la distancia. La interpretación corta es más vivencial; la interpretación explicativa difícilmente puede evitar el riesgo de ser pedagógica.

Es sin duda en el punto de la cantidad de interpretaciones proporcionadas por el analista, que la diferencia entre los esquemas referenciales técnicos se hace más patente. Ambos autores de los materiales clínicos tienen la evidente preocupación de ser “activos” al interpretar lo más que pueden.

El relato de México resume con nitidez uno de los enfoques. Si interpreta demasiado, el analista pierde de vista al paciente:

“mucho analista, poco paciente”. Se corre el riesgo, al “bombardear” al paciente con interpretaciones, que, en vez de poder expresar espontáneamente, el paciente se vuelva “eco” del psicoanalista, es decir, receptor pasivo del esquema teórico del *analista*, invadido por él, y desenvolviendo buenamente el material que se le sugiere. La “pasividad” relativa del analista es imprescindible para que el paciente pueda darse a conocer, y para que la resistencia pueda emerger en forma comprensible

Los otros relatores piensan, al contrario, que una escasez de interpretación lentifica el proceso analítico, deja cristalizar las resistencias, frustra inútilmente al analizado en lo que puede esperar con derecho de su analista: ser entendido e interpretado.

En esto va implícita toda una concepción del proceso analítico. Sobre esto volveremos.

Adelantamos por el momento el principio técnico que nos parece resaltar de estas discusiones: primero: “no interpretar sin entender”, es decir, sin poder seleccionar dentro de la variedad y multiplicidad de los datos proporcionados

por el paciente, lo que corresponde al “punto de urgencia”, lo que debe ser interpretado con prioridad. Esto evita el “bombardeo” indiscriminado.

Segundo: “interpretar cada vez que se entiende” el punto de urgencia, aun si no corresponde a nuestro preconcepto del curso del análisis. Creemos en todo caso muy nociva y generadora de confusión la fantasía de que el analista tiene que interpretar a cualquier precio, aun si no entiende lo que está pasando.

Lo que nos lleva al problema del momento de la interpretación. Preferimos esta expresión a la de “timing”, que nos parece implicar un esquema referencial en el cual el desarrollo cronológico del tratamiento analítico está en cierta medida predeterminado.

El “timing” está impuesto por el analista en virtud de su esquema previo del desarrollo de la sesión. La “elección del momento” se hace en forma más espontánea, dejando a la evolución del campo bipersonal en el curso de la sesión, el tiempo de manifestar la urgencia del paciente de que le sea interpretada determinada vivencia, y la urgencia en el analista de interpretar lo que ocurre, sea para resolver una tensión en el campo, sea para devolverle su movilidad.

Muchos de los problemas que acabamos de mencionar se refieren a un aspecto muy importante del esquema referencial técnico: el orden de prioridad de la interpretación entre contenido y defensa. Unos (el relato mexicano) estiman que la interpretación de la resistencia y defensa yoica correspondiente debe necesariamente anteceder la interpretación del contenido que suscita la defensa. Levantada la resistencia, el contenido aparece a plena luz y puede ser integrado.

Otros (el relato de San Pablo) estiman que la interpretación de la defensa y la del contenido deben darse juntas, y que el paciente no aprovecha la interpretación si no entiende conjuntamente: 19) qué se defiende, 29) cómo se defiende, 39) contra qué se defiende.

Ambas actitudes corresponden a dos fantasías o conceptos de Freud acerca del trabajo analítico. Uno es el modelo arqueológico: hay que levantar las capas sucesivas del depósito arqueológico para poder entender los restos más y más profundos dejados por la historia individual del paciente.

Pero Freud usó también otra metáfora, más dinámica y más conforme con su manera real de trabajar (Freud no era un analista “clásico”; lo demostró Enrique Racker en forma convincente, estudiando la técnica de Freud en Dora,

El hombre de las ratas, etc.), que es la metáfora del ajedrez. Ambos jugadores, integrantes de la situación bipersonal, ubican y manejan partes suyas en ataque o defensa en un tablero-campo, empeñados en un partido que es el tratamiento analítico. La diferencia con el ajedrez proviene del carácter asimétrico de la situación en el análisis. Es un juego en el cual cada uno de los integrantes sabe mucho más que el otro acerca de la técnica, pero donde el otro —el paciente— sabe hacer trampas, lo que restablece la igualdad. El que, necesariamente, ganen o pierdan juntos, indica el límite de la metáfora.

Lo interesante y más adecuado a nuestro punto de vista, de la segunda metáfora, es que recalca la interacción de analista y paciente en el campo que constituyen juntos. Un analista no puede manejar el “partido” según una norma preestablecida (el tratamiento “típico”, como dicen algunos), sino teniendo en cuenta en cada momento lo que pasa en el tablero, y que es en parte imprevisible. A veces el aporte del paciente es predominantemente contenido. A veces es predominantemente defensa. No tenemos que imponer por la fuerza nuestro concepto de cómo debe ser un partido de ajedrez.

Las dos metáforas de Freud corresponden también a dos actitudes acerca de la interpretación de la historia individual. El arqueólogo se preocupa de cronología, el ajedrecista no. Entre los re-latos, todos tienen la preocupación del “aquí y ahora”. Pero algunos recalcan (sobre todo el relato mexicano) la necesidad de una búsqueda sistemática de las raíces históricas de los conflictos actuales (el trauma voyeurista-exhibicionista de Cacilda), mientras otros, sin pasar por alto la importancia decisiva de la historia desde un punto de vista genético, dejan en la técnica que se integre en las situaciones presentes sin buscar especialmente su reconstrucción cronológica. Los autores de los materiales clínicos comparten este último punto de vista, el analista de Perla más radicalmente, y la analista de Cacilda, menos radicalmente. De los relatos paulista, colombiano y argentino, ninguno llega a una posición totalmente antihistórica, ninguno focaliza tampoco el trabajo sobre la reconstrucción histórica en sí.

Creemos que una focalización explícita del analista sobre la historia tiene el inconveniente de producir un alejamiento artificial del paciente, de intelectualizar abusivamente el proceso analítico, de afianzar la ilusión de que “conocer su historia es curarse”. Creemos asimismo que es extremadamente útil el no considerar “a priori” toda referencia histórica del paciente como un

alejamiento resistencial, y que el cotejo del “allá antes” y del “aquí ahora” es esclarecedor y benéfico. No sea que los inconvenientes del esquema arqueológico-histórico nos lleven a un ostracismo mutilante acerca de la historia. Cuanto más rica y diversa en contenidos es la situación analítica, más provechosa resulta.

Lo que nos lleva también al problema, planteado tanto por los materiales como por los relatos, de- la “profundidad” de las interpretaciones. Problema que sigue siendo una de las mayores fuentes de confusión dentro de los esquemas referenciales. Gran parte de la confusión proviene de que no hemos formulado ni elaborado nuestro esquema referencial con suficiente claridad. Profundidad se refiere primero a un enfoque genético (lo oral más “profundo” que lo “anal” y así seguido). Sabemos que esto carece, por lo general, de sentido. Es perfectamente posible —y ocurre muy a menudo— que un problema “oral” manifiesto encubra un problema genital más reprimido. Pero tampoco podemos decir que la defensa sea menos “profunda” que el contenido. Un analista que analiza contenidos arcaicos dejando de lado defensas “superficiales”, no hace sino demostrar la “superficialidad” suya.

Todos los relatos aluden a este tema, pero a nuestro criterio, sin esclarecerlo del todo, debido a la superposición de esquemas referenciales que se encuentran en todos nosotros. Creemos que: 1º) la “profundidad” de una interpretación no tiene nada que ver con el nivel de la evolución genética en el cual se ubica; 2º) que no tiene nada que ver con el par antitético contenido-defensa; 3º) que la única interpretación “profunda” es la que formula útilmente, como generadora del insight, el estado actual del campo bipersonal. Esto permite al paciente sentirse tocado “en lo hondo” y reintegrarse; 4º) surge de esto que ningún lenguaje analítico es en sí más o menos “profundo” que otro. Se podría suponer un análisis (exageración puramente teórica) que no se realice sino en términos de objetos parciales y mecanismos extremadamente arcaicos y, sin embargo, sea el más superficial de todos; 5º) por lo tanto, la profundidad de la interpretación no se puede juzgar fuera de la situación donde es formulada.

Profunda es la interpretación que permite una reestructuración integradora del campo bipersonal y una consiguiente retoma de contacto del paciente con sus aspectos reprimidos o clivados. En este punto creemos estar de acuerdo

con el relato colombiano cuando considera como profunda la interpretación siguiente en el caso de Perla: “y en que voy a quedar yo también”.

V.— EL PROCESO ANALITICO

Era lógico que- las diferencias de esquemas referenciales culminen en este punto. Se trata, nada menos, que de nuestro quehacer con nuestro paciente, de cómo lo elegimos, de qué esperamos de él, de lo qué pasa con él en los años en que trabajamos juntos.

¿Cómo lo elegimos? Aquí surge un emergente de este Congreso, emergente oriundo del Río de la Plata y compartido con *otros* relatos (mexicano, entre ellos), lo *que* equivale a preguntar y estudiar acerca de la o las entrevistas previas al análisis y lo que debemos esperar de ellas. Los colegas argentinos que redactaron el informe se plantearon primero, con críticas a ambos materiales presentados, qué forma tenía que revestir la entrevista preliminar. ¿Debe ser una primera sesión de análisis, con asociación “libre”, pero sin interpretación?, ¿o debe ser una situación radicalmente distinta, con interrogatorio sistemático del analista, en particular acerca de los datos históricos?

Los redactores argentinos optan decididamente por la segunda solución. Piensan que el futuro de la situación analítica con un paciente, deseable de pronosticar, desde luego se puede ver mejor con “una historia detallada”, “tendiente a la precisión del diagnóstico”, y que la “precisión del diagnóstico” se consigue mediante, entre otras cosas, la “ubicación (del paciente) dentro de la nosografía psiquiátrica”.

En este último punto está de acuerdo el relato mexicano. Pero hay que entenderse. Todo analista sabe que el diagnóstico previo (por bien hecho que esté) con el cual le mandan un paciente —o en menor grado el diagnóstico que él mismo hace de su futuro paciente—, tiene poco que ver con el éxito o fracaso del análisis de este paciente.

No queremos decir con esto que la nosografía psiquiátrica no corresponda a una realidad, sino que, para nuestros fines, no sirve sino como indicación muy grosera. (Un diagnóstico macroscópico tiene una utilidad muy relativa para una técnica microscópica como el análisis.) Un diagnóstico de “histeria de conversión” o de “neurosis de carácter”, no permite en absoluto prever el

resultado de un análisis de tal paciente con tal analista determinado.

Hay, por lo tanto, en el relato argentino, una dualidad de puntos de vista entre un diagnóstico “según la nosografía psiquiátrica” y un diagnóstico-pronóstico de la situación de campo a partir del establecimiento del contrato analítico.

El aspecto novedoso del planteo argentino es el encare de la situación analítica como situación de campo, lo que permite —en cuanto se la conoce— un pronóstico sobre el porvenir de este campo, es decir, sobre las posibilidades de mejoría de este paciente con este analista. Por esto el escaso interés: 19) de la Comisión Organizadora del Congreso; 29) del Dr. Wender; 39) de la Dra. Schneider, en ubicar a los pacientes dentro de la “nosografía psiquiátrica”, nos parece ampliamente justificado. En todo caso habría que establecer una nosografía bipersonal. Tarea ardua, pero de grandes posibilidades para el psicoanálisis.

Cuestión abierta es saber si la técnica de indagación histórica sistemática es la más adecuada para el fin considerado, o si, como visiblemente lo hiciera tanto el Dr. Wender como la Dra. Schneider, es preferible dejar al paciente abrir el juego y estructurar el campo como mejor lo estime. Ambas técnicas (que no son por lo demás exclusivas una de la otra) nos parecen fructíferas, dependiendo más bien de la modalidad del analista la elección de una, o la otra, o una mezcla de ambas.

La precisión del diagnóstico se hace imprescindible en la medida en que el desarrollo del tratamiento está predeterminado por la estructura del paciente y en que la intervención interpretativa varía según esta estructura. Dos esquemas referenciales se enfrentan aquí. Según el primero, expresado en el relato mexicano, el diagnóstico condiciona la conducta técnica a seguir. El curso del tratamiento es, así, distinto, si se trata de una neurosis obsesiva”, “una histeria”, etc. Para el otro, al contrario, que está implícito en los relatos de San Pablo, Colombia y Argentina, es la situación analítica misma, con sus puntos de urgencia sucesivos, la que determina en cada momento la interpretación a formular. El primer esquema podría ser calificado de lineal genético, el segundo de dialéctico.

Pensamos que el curso del tratamiento, cuando su estructura parece verificar las previsiones del analista, es en realidad impuesto involuntariamente

por éste mediante la secuencia más o menos estricta de sus interpretaciones y la selección del material; en dos palabras, un artefacto técnico.

Mucho de las discusiones se refiere a la estructura, ya no del tratamiento analítico como totalidad, sino de cada sesión en particular. Aquí también se oponen dos esquemas referenciales. El de los argentinos retorna la perspectiva ajedrecista de Freud, con apertura, desarrollo y cierre, tendiendo a dar un trato técnico distinto a cada una de estas fases. Parece estar implícito en el relato de México, sobre todo en cuanto a la apertura, otro esquema: dejar manifestarse la resistencia a interpretar después, evitando una apertura activa de parte del analista. Los relatos de San Pablo y Colombia no parecen dar importancia a estos conceptos sobre la estructura de la sesión, con excepción de la forma especial de cierre mencionada por la Dra. Bicudo.

Una diferencia importante en los esquemas referenciales se manifiesta en cuanto al concepto de reacción terapéutica negativa, lo que explica el malentendido entre la Dra. Schneider y el relato mexicano, por una parte (ambos estimando que Cacilda presenta signos de reacción terapéutica negativa importantes) y los relatos argentino y paulista (ambos estimando que Cacilda no presenta reacción terapéutica negativa).

Se ve que el primer concepto es mucho más amplio que el segundo e incluye, como lo hizo Freud en ciertos escritos, el concepto de masoquismo moral.

Al contrario, el segundo tiende a considerar la reacción terapéutica negativa como un fenómeno mucho más arcaico y crudamente tanático, como lo hizo Freud en otros textos.

Finalmente otra diferencia importante de esquemas referenciales recae sobre la valoración de los resultados obtenidos en el tratamiento analítico. Paradójicamente, la Dra. Schneider parece menos satisfecha del resultado del tratamiento de Cacilda de lo que se manifiestan los colegas mexicanos. Estos enumeran una serie de mejorías que, con toda evidencia, no han escapado a la analista de Cacilda, pero que ella valora en forma distinta. Es bien conocida la acentuación de los aspectos de adaptación al ambiente en la "Ego psychology". En este punto la Dra. Schneider parece más ambiciosa, ya que apunta claramente a una modificación del mundo interno fantasmático de su paciente y piensa que su mejoría externa vendrá por añadidura. Compartimos este punto

de vista.

VI.— CONCLUSION

El Continente Latinoamericano nos ofrece una muestra de todos los problemas teórico-técnicos del psicoanálisis actual. En él, como en otra parte, se van dibujando las dos grandes concepciones actuales del análisis, con una multiplicidad de formas intermedias y de mezclas originales. La finalidad principal de este Congreso era intentar el esclarecimiento y la armonización del esquema referencial del trabajo analítico en cada uno de nosotros. No con miras a negar ni a suprimir las diferencias, que son necesarias en este momento del desarrollo del psicoanálisis, sino con un fin de elaboración. En este sentido, la experiencia del material clínico único (o más exactamente aquí, del bi-material), resultó extremadamente fructífera. Exige superar obstáculos y tensiones, buscar las formas de mejorarla, pero constituye una innovación que debe ser llevada adelante.