

Reseña de libros y revistas

LUISA G. DE ALVAREZ DE TOLEDO.— “El análisis del «asociar» del «interpretar» y de las «palabras» (Actualización de las fantasías inconscientes y logro de una mayor integración del yo por medio de este análisis)”. Revista de Psicoanálisis, T. XI, Nº 3, 1954.

La emoción contratransferencial, es un modo arcaico de reacción y de comunicación que utiliza el paciente para expresar sus fantasías inconscientes. Es “el instinto no elaborado en afecto y en contenido, o separado de él, que actúa independientemente sobre el inconsciente del analista”.

Quiere la autora analizar el significado del asociar e interpretar a través de una reacción contratransferencial. Un paciente hacia el final de su tratamiento, le pide le devuelva las palabras que él le dio. La doctora reaccionó sintiéndose volcada a pensar que tenía razón, que ella debía devolvérselas. Esta reacción contratransferencial la muestra, después de un detallado estudio, como correspondiendo a la idea de haber sido robada, despojada de sus palabras, por parte del paciente, y haber quedado vacía.

De esto deduce que el hablar (interpretar o asociar) es la actualización de fantasías inconscientes, que son otras de las que expresan los propios contenidos. A esto relaciona, el hecho de que al verbalizar la emoción contratransferencial, dicha emoción desaparece.

El hablar fuera del contenido, es la expresión y actuación del analizado al analista y viceversa. En él se satisfacen impulsos orales, anales, fállicos y genitales. Es la primitiva unidad acto-imagen-objeto. Es vivido como algo consumado, es chupar, morder, etc.

Una vez analizadas, las palabras se reconectan con el afecto, la actividad y con el objeto que simbolizan, y pierden por lo tanto su condición de tal. Esto

mismo sucede con las interpretaciones, así el paciente las vive como penetración oral, anal, etc.

Al analizar el hablar, se destruye la simbolización y aparecen los impulsos instintivos y las fantasías primarias.

La voz puede ser vivida omnipotentemente, por ser producida por el propio sujeto y adentro de él. Posteriormente, en tanto es producida adentro y actúa afuera, y de provenir de afuera y escuchada dentro, es la forma de mantener la identidad del sujeto-mundo.

Pasa luego la autora a destacar la identidad de las palabras o voz con la emoción (voces cálidas, voces sedantes, etc.) y con la comida expresiones como: “le amargó la digestión con sus palabras”, etc.).

En el proceso de simbolización hay primero una proyección de órganos y funciones, sobre objetos del mundo exterior, por lo tanto una identificación proyectiva, dada en este caso por la voz y las palabras. Luego se produce una identificación por desplazamiento. El objeto así cargado es nuevamente introyectado, adquiriendo su significación de símbolo. Posteriormente los elementos corporales son reprimidos, privados de emoción, desexualizados y transformados en imágenes mentales de objetos externos. De esta manera es que los objetos están fuera, pero incorporados para la fantasía inconsciente.

Las sensaciones contratransferenciales son signos o señales de las fantasías del paciente que despiertan respuesta en el analista. El signo contiene y es la resultante del estímulo y la respuesta, del sujeto y su acción sobre el objeto. Pero, es un signo que por sustituir o representar al objeto es considerado símbolo.

En la temprana infancia se mezclan diferentes sensaciones y así un olor puede ser vivido gustativamente. Pero a medida que van apareciendo los objetos del mundo externo, se identifica con ellos y los representan. Esto es sentido como una incorporación y es la base del conocimiento. Mediante esta representación sustituye y obtiene a voluntad los objetos. La voz, el sonido, se

transforman en representantes del objeto, que se introyecta o se proyecta, es en realidad el objeto mismo.

El analista es vivido por el paciente, en función de la disociación, ya como bueno, ya como malo, y sus palabras y el acto de hablar pueden tener finalidades crueles y de robo, repite la escena primaria entre los padres y el asociar es una forma de desembarazarse, de eliminar los perseguidores. Aparece en este sentido, también la culpa y reparación.

La palabra, al sustituir al acto y objeto, se apodera también de la energía, favoreciendo el fenómeno de la represión. Al analizar el hablar se rompe el estancamiento y el objeto recupera la actuación.

Antes de que un paciente se de cuenta de un cambio de actitud frente a un objeto, la acción y por lo tanto el hablar lo está expresando. Al analizar el hablar, se observa que: siente una cosa, piensa otra y hace otra, pero al interpretárselo, se unifica y hace, piensa y siente lo mismo.

La dificultad de asociar es temor a proyectar. Se proyecta o expulsa, primero lo malo, a medida que disminuye la maldad interior el expulsar se convierte en dar.

Con respecto a la interpretación hay diversas maneras de negación: continuar con su "tema", no asociar, asociar e interpretarse de inmediato, etc. Todo esto se hace por un deseo omnipotente de controlar el pensamiento del analista. Por identificación proyectiva, el interpretar del analista se convierte en su propia omnipotencia.

Cuando el paciente se da cuenta que la persecución no es más que la proyección de sus objetos internos, cae en la depresión o despersonalización, por pérdida del objeto, es decir, comprueba que el analista es diferente a lo que él había colocado. Como son imágenes de sí mismo, al perderlo, pierde su propia persona, por eso se despersonaliza.

El dormir en la sesión puede ser una defensa, pero puede ser también disminución de la persecución y, por lo tanto, entrega.

Observa también la Dra. Alvarez de Toledo, que la identificación proyectiva-introyectiva, se ve perturbada por el carácter canibalístico de la introyección primitiva. Frente al mundo externo desconocido, y que produce por tal, angustia, el sujeto superpone su mundo interno conocido. Así controla y se controla a sí mismo, niega el transcurso del tiempo y, por lo tanto, la muerte. Creemos así conocernos y conocer a las personas y al mundo, pero cuando esta omnipotencia fracasa se desea la muerte, pero la muerte conocida, que es la vuelta al útero materno. Puede también reaccionar convirtiendo el cuerpo en el mundo de los objetos, espacio y tiempo, e inmovilizarlo (conversión, catatonía) o movilizarlo (hipermotilidad).

La necesidad de lo concreto está en relación a la capacidad del manejo de lo abstracto, y esto, a su vez, depende de la intensidad de la libido. La libido es lo que mantiene el contacto con los demás. La cantidad de energía móvil de libido depende del mayor o menor temor a nuestros instintos. La necesidad de lo concreto es para controlar los instintos, en la medida que no tememos podemos admitir lo abstracto (falta de control).

Al analizar el acto de hablar se reviven las primeras vivencias del yo en relación con el objeto (chupar) y se provoca así una mayor integración del yo, Al integrarse el yo, paralelamente se integra el objeto, en relación con él. Así el sujeto se integra en la realidad externa a través de su objeto, lo que trae su integración en el espacio y tiempo. Frente a esta integración reacciona con angustia porque se produce una síntesis interna, que le trae el temor de ser atacado, dañado, etc., es decir, todo lo que proyectó. Se defiende por lo general negando la mejoría.

Se reactiva la masturbación o los recuerdos de ella y sus fantasías, se involucran por lo general en ellas al analista y es una expresión de mayor conexión y menos persecución. La relación con la mano, representa succionarse

el dedo como pecho. Se conecta con el objeto que es sujeto y así puede manejar la situación, pero es el puente para la relación directa con el objeto.

Las vías de proyección-introyección son los sentidos y la motilidad, pero las palabras son además representantes del objeto y, por lo tanto, es lo que conserva la omnipotencia infantil.

A medida que el sujeto pierde el temor a sus instintos, no los inmoviliza ni dentro ni fuera, se conecta con su pasado y su futuro y aparece así su ritmo interno que es la consecuencia de la calidad emocional de sus instintos. Por otra parte, adquiere la noción de la relatividad de su acción sobre los demás, porque admite también el ritmo de los otros.

Mercedes F. de Garbarino.

JOAN RIVIERE.— “Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa”. Revista de Psicoanálisis, T. VII, N9 1, 1949.

Tomando como base los últimos trabajos de Melanie Klein, el autor va a estudiar la reacción terapéutica negativa, enfocándola desde su punto de vista práctico.

Freud en “el Yo y el ello” la describió, y dice Joan Rivière que aunque parece plantearlo, como la reacción de sujetos no analizables, sin embargo en su descripción, no difiere en nada de lo que posteriormente Klein y otros autores ven como una forma de la reacción terapéutica negativa.

El paciente llega al tratamiento con sentimientos de culpa por su enfermedad, pero en las neurosis de carácter, a través de la proyección, sienten que las circunstancias han estado contra ellos. Estos pacientes creen que no merecen la cura, sino la enfermedad como autocastigo.

Abraham describió este tipo de paciente en su artículo “A particular form of neurotic resistance against the Psycho-Analytic method”, denominándolos “tipo narcisístico”. Los describe como sujetos con incapacidad para asociar libremente, pero con un flujo constante de material seleccionado y arreglado para engañar al analista, son egoístas, fácilmente mortificables, no admiten lo nuevo y desconocido para ellos, pero presentan una máscara de sumisión que los distingue de la franca resistencia negativa. Sus análisis son largos y es difícil obtener curación completa.

Se pregunta a continuación el autor, qué es el narcisismo. En su concepción más amplia es el retiro de la libido objetal hacia el yo, pero esta libido del yo a la luz de los trabajos de M. Klein y Melita Schmelberg, sería el amor hacia los objetos introyectados. Es importante el estudio de las relaciones del yo con los objetos internalizados, que es diferente de la identificación, para comprender estas defensas narcisísticas. Llegó el autor a la conclusión que traen una falta de visión interna, y forma parte de un sistema muy organizado de defensa de un intenso estado depresivo básico.

Hay que tener en cuenta, en los análisis de estos pacientes, que esta depresión básica es el fracaso de la introyección.

Ahora bien, la depresión tiene su típica defensa que es la manía con su característica negación omnipotente, que trae una distorsión de la realidad externa. Considera Riviére que este aspecto de la manía: la omnipotencia, no ha sido suficientemente estudiado todavía.

Los pacientes narcisistas tienen las mismas características que las actitudes maníacas. La inaccesibilidad es una forma de negación, niegan el valor de lo que decimos, no cooperan, controlan el análisis y pretenden controlar en forma real al analista. Pero esto no es más que una defensa por temor a quedar a disposición del analista. Esta defensa omnipotente, dice Abraham, es un signo de omnipotencia anal. En estos pacientes es necesario no dejarse ir en los detalles e interpretar la situación de omnipotencia general.

Esta resistencia al cambio, a la mejoría, es porque temen que pueda ser un verdadero desastre para ellos, en el sentido de que un cambio les puede traer el suicidio o la locura. Prefieren, por lo tanto, tener todo inmovilizado y controlado. Es la vivencia de que dentro tienen todo fragmentado y disperso, todo muerto. Quiere decir que hay que enfrentarlos a ese temor de que el tratamiento los lleve a la muerte. Este temor existe en todos los pacientes, dado que la situación depresiva existe de fondo, pero en éstos mucho más pronunciada y desesperada. Por esto es que quieren negar su realidad interna, las relaciones de objeto internas.

El propósito consciente de estos pacientes es curarse, pero el inconsciente es evitar la muerte (situación paranoide), pero más profundamente es curar, reparar objetos amados y odiados, objetos que están dentro de él, a los cuales injurió por su egoísmo y envidia. Por lo tanto, tienen que castigarse con la muerte. Pero esta necesidad de reparar primero a sus objetos, aparece sin embargo disfrazada y lejos de mostrarse con una actitud generosa, es por lo contrario egoísta. Su relación con los objetos es interna y, por lo tanto, es asocial. Quiere decir que el sentimiento de culpa no aparece como tal.

El amor a los objetos internos y la insoportable culpa por sus ataques a los mismos, trae la necesidad de sacrificar su vida por los otros y la perspectiva de la muerte es lo que crea la dificultad de progreso en estos pacientes.

El analista se convierte en objeto interno con deseo de unión perfecta y frustración, pero con una distorsión en la relación externa en donde se convierte en una transferencia cordial y aparentemente normal.

Este es el aspecto más difícil de superar, porque los analistas se manejan y toleran transferencias negativas o positivas, pero les es difícil hacerlo con la falsa transferencia.

Mercedes F. de Garbarino.

M. BALINT.— Cambios en los encares terapéuticos y técnicos en psicoanálisis (Changing Therapeutical aims and Techniques in Psycho-Analysis). In Michael Balint: “Primary Love and Psycho-Analytic Technique”. London. The Hogarth Press, 1952.

El autor sostiene como tesis general que la técnica psicoanalítica ha estado sometida a un cambio continuo desde las primeras indicaciones hechas al respecto por Freud en los “Estudios sobre la histeria”.

Hasta el año 1922, el esfuerzo terapéutico estaba orientado principalmente hacia la liberación de los elementos reprimidos y se formulaba en los tres famosos enunciados que sintetizaban la posición tomada por los psicoanalistas: “superar la resistencia del paciente”; “remoción de la amnesia infantil” y “volver consciente lo inconsciente”. A partir de 1922 la aparición sucesiva de tres obras fundamentales de Freud (“El yo y el ello”, “La psicología de las masas y análisis del yo” e “Inhibición, síntoma y angustia”) provocó un giro en la teoría y técnica analíticas. En estos libros, Freud precisa sus ideas definitivas sobre la estructura de la Psiquis, estableciendo que todo fenómeno psicológico aparece como un compromiso entre las tres instancias en que divide la personalidad: el ello, el yo y el super-yo. La terapéutica analítica tiene entonces por fin, según la nueva formulación de Freud, ensanchar el yo a expensas del ello: “Donde estuvo el ello se establecerá el yo”: el terapeuta deberá ahora tratar de reparar las deficiencias estructurales del yo, sobre todo ayudarlo a abandonar los costosos mecanismos defensivos.

En una palabra: a una “aproximación funcional o dinámica” le sucedió una “aproximación tópica o estructural”. En la primera se ponía el énfasis en los contenidos de las neurosis, en todo aquello que concernía a lo reprimido e

inconsciente, en especial los instintos sexuales y el principal objetivo terapéutico era la liberación de dichos componentes instintivos lo que permitía la libre gratificación de los mismos. En cambio en la aproximación tópica, se enfatiza el estudio de los mecanismos defensivos y las fuerzas respectivas del yo y del super-yo. Balint señala como una característica importante de las formulaciones de Freud, el hecho de que sólo se referían al individuo, estaban limitadas a él: a esto le llama “enfoque fisiológico o biológico” y lo considera un punto débil porque no tiene en cuenta suficientemente las vinculaciones objetales.

Ahora bien: la nueva orientación en la técnica presta especialísima atención a todos los elementos que expresa la conducta del paciente en la situación psicoanalítica. No solamente es tomado en cuenta lo que se trasmite por la palabra en el juego de la asociación libre, sino también todo lo que señala un comportamiento especial del analizando y que constituye, en el fondo, una manera de vincularse con su analista, una forma de expresión no verbal (gestos, actitudes, tono de voz, movimientos, etc.). Vale decir, que toda esta situación debe ser mirada como *un tipo de relaciones de objeto a menudo muy primitivo*, que la relación analítica ha reactivado de algún modo. Para el autor fue el estudio de todos estos elementos implícitos en la conducta del paciente en la situación de análisis, lo que permitió cambios fundamentales en la técnica al mismo tiempo que perfeccionó la capacidad del terapeuta para el manejo de aquella situación. Hoy se posee, pues, una técnica segura para tratar y comprender los fenómenos transferenciales que, en última instancia, no son sino relaciones de objeto. Por eso, a esta nueva *orientación* le llama Balint “enfoque de relaciones objetales” para distinguirlo del “biológico o fisiológico” de Freud. Señala luego el autor cómo son cada vez menos usados los términos que sólo tienen un significado biológico tales como “fin de un instinto”, “instinto coartado en su fin”, “fuentes del instinto”, etc. y cómo expresiones tales como

anal, oral, genital, son cada vez más sustituidas por otras que apuntan claramente a relaciones de objeto como avidez oral, control anal, amor genital, etc. Después de pasar revista en forma sumaria a las aportaciones de Klein en este campo, se detiene a considerar como tema de investigaciones futuras, la conducta del analista en la situación psicoanalítica o dicho de otra manera, la contribución del analista en la creación y mantenimiento de la situación analítica; vale decir: replantea el problema de la transferencia y contra-transferencia, sobre el cual ya había escrito algunas consideraciones en un artículo anterior, preguntándose de nuevo “cuánta y qué clase de satisfacción es necesaria para el paciente por un lado y el analista por otro, a fin de mantener la tensión de la situación psicoanalítica lo más cerca posible del nivel óptimo”. Estima que todas las llamadas innovaciones técnicas en este terreno, desde las primeras de Freud hasta las más recientes de Rosen, deben ser examinadas desde aquel punto de vista, llamando la atención además sobre el lenguaje empleado por los analistas para comunicarle sus interpretaciones al paciente. Termina el artículo con algunas consideraciones sobre las normas a seguir frente a los silencios de los enfermos, que tiene como base no coaccionarlos: esforzarse siempre por crear “una atmósfera propicia” para que el paciente pueda ser capaz de comunicarse espontáneamente sin sentirse apremiado.

Finalmente, merecen un comentario especial algunas consideraciones hechas por Balint acerca de un presunto distanciamiento entre la técnica y la teoría en el psicoanálisis. Según aquel autor, somos capaces técnicamente de manejarnos con seguridad en situaciones complicadas vinculadas a emociones y relaciones objetales, pero se nos hace difícil describirlas dentro del marco de nuestros conceptos teóricos. Como ejemplo, cita el hecho de no tener los psicoanalistas, un sistema propio de clasificación de las enfermedades mentales, ni entidades patológicas “propiamente definidas”. No creemos que se trate aquí tanto de una insuficiencia en la teoría como de la consecuencia lógica de la actitud mental adoptada por el analista, que en líneas generales podemos

considerar como opuesta al del psiquiatra clásico: el primero actuando en el campo operacional concreto de la relación analista-paciente del cual puede extraer las enseñanzas que luego enriquecerán la técnica y la teoría, y el segundo desarrollando las nociones descriptivas y nosográficas generales con las que se maneja en su actividad médica.

Otra divergencia estriba, según Balint, en que “nuestra teoría ha sido principalmente basada en el estudio de formas patológicas que usan extensivamente la internalización y sólo tienen relaciones objetales débilmente cargadas: nuestra técnica fue inventada y principalmente desarrollada cuando se trabajaba con formas patológicas tales como la histeria, desórdenes sexuales, neurosis del carácter, todas ellas ostentando relaciones de objeto fuertemente cargadas”. Tal vez se trate de un mal entendido ya que, tanto en la neurosis obsesiva como en la melancolía (las dos afecciones puestas por Balint como ejemplo de las formas patológicas que más contribuyeron a nuestros conceptos teóricos) la relación objetal existe con igual firmeza, sólo que se trata de objetos internos sean parciales o totales. Y estas últimas adquisiciones teóricas inciden a su vez en el perfeccionamiento de la técnica; vale decir que en lugar de distanciarse se enriquecen mutuamente.

Rodolfo Agorio.

M. BALINT.— La meta final del tratamiento psicoanalítico (The final goal of Psycho-analytic treatment). In: “Primary Love and Psycho-Analytic Technique”. London, 1952.

Se pregunta en primer término si la experiencia clínica permite definir la meta final o por lo menos la dirección final que debe tomar *un* tratamiento

psicoanalítico cuando *éste se* desenvuelve satisfactoriamente.

Luego de pasar una revista sumaria de los distintos criterios sostenidos sobre el propósito y la naturaleza del proceso del tratamiento analítico, sus fines y su dinámica, el autor se detiene en la consideración de un fenómeno frecuente en las etapas terminales de un análisis y sobre el cual hasta ahora no se había llamado suficientemente la atención. Se trata de la reaparición de deseos instintivos infantiles, largo tiempo olvidados, y cuya satisfacción los pacientes exigen a su ambiente.

Al principio, esos deseos son solamente fantaseados y luego de superar muchas dificultades, son abiertamente admitidos y hasta su satisfacción es experimentada más tarde como placentera. A este fenómeno le llama Balint “nuevo comienzo” (new beginning); tiene lugar justo al término de todo análisis suficientemente profundo y hasta constituye un mecanismo fundamental en el proceso de la cura. La característica esencial de aquellas pulsiones es que todas ellas, sin excepción, están dirigidas hacia objetos. Esto último lo lleva al autor a reconsiderar las nociones generalmente admitidas por los psicoanalistas acerca de la evolución de la libido, cuya primer etapa (el artículo fue escrito en 1935) sería an-objetal, autoerótica. El descubrimiento del “nuevo comienzo” estaría en contradicción con ese concepto, puesto que como se sabe, lo último que surge a la luz de la conciencia en un tratamiento psicoanalítico es precisamente, lo más oculto o lo que yace en las etapas más primitivas de la psiquis. Para salvar este escollo, Balint, acude a las ideas de Ferenczi, sobre todo a las expuestas en “Thalassa”, donde este último autor sostiene la existencia de vínculos objetales en la primera etapa de lo que él llama “el desarrollo erótico del sentido de la realidad”, que se expresa en una relación erótica de objeto, de naturaleza pasiva; a ésta le sigue una segunda etapa llamada autoplástica o masturbatoria, y una tercera y última fase aloplástica, o como la llama Balint, de relación activa erótico-objetal. Según esta teoría todos los instintos están primariamente ligados a un objeto, primero en forma pasiva (deseo de ser gratificado y amado) y

posteriormente, si la evolución prosigue sin mayores tropiezos, aparece la fase activa o sea, la capacidad de gratificar y de dar amor a su objeto. El autor trae en apoyo de su tesis las investigaciones de M. Klein en el psicoanálisis de niños, pero contrariamente a esta última pone especial énfasis en las circunstancias ambientales que rodean al niño en sus primeras etapas del desarrollo. Sólo cuando los encargados de la crianza y educación de aquél, no ponen suficiente comprensión y amor en la tarea de hacerle pasar con felicidad las distintas etapas hacia el logro de la realidad, el niño retrocederá al autoerotismo y al narcisismo, buscando dentro de sí mismo las gratificaciones que el mundo externo le niega.

En última instancia, pues, el “nuevo comienzo” no sería otra cosa que la reaparición de esas primeras relaciones objetales pasivas frustradas y violentamente reprimidas en el transcurso de la infancia.

Rodolfo Agorio.

MARION MILNER.— “A note on the ending of an analysis” (Nota sobre el final de un análisis). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, 191-193.

El analista tiene dificultad en entender todo lo que significa el final del análisis para el paciente, porque el analista ha resuelto la terminación de su propio análisis con una identificación con la profesión del analista y un “acting-out” de esta identificación, lo que no está a] alcance del paciente común.

Se intenta entender lo que representó la terminación del análisis en un caso particular.

Se acordó terminar el análisis después de cinco años, aceptando que había sido un fracaso, por lo menos en cuanto al síntoma (dolor de cabeza). En los dos meses que mediaron entre la decisión y la interrupción, la paciente confesó que nunca había dejado que el análisis la influyera; que nunca había tenido la

mínima confianza en el análisis; que no hubiera sabido lo que pensaba del analista hasta que éste la expulsara.

Se le dejó la posibilidad de tener una entrevista con el analista, en los meses siguientes, cuando lo deseara. Vino cinco veces en seis meses. Seis semanas después de la última de estas entrevistas, mandó una carta con noticias excelentes, expresando profundo agradecimiento. Las noticias de buena adaptación social, felicidad y agradecimiento se repitieron en los años siguientes.

Durante el análisis, rechazaba cualquier interpretación de transferencia e inmovilizaba el síntoma. Parece que el análisis no podía surtir efecto hasta que hubo vivido, por la interrupción, la experiencia de haber nacido. Recién entonces el trabajo efectuado durante el análisis produjo retrospectivamente efectos. La separación, era la separación de la madre, que le permitía sentirse como persona independiente. Tenía la necesidad que el analista se manifestara “mala” como la madre, expulsándola y tomando la responsabilidad de esta expulsión. Este le permitió reconocer su odio hacia su madre y liberarse para empezar una vida como persona separada con sus standards propios.

Madeleine Baranger.

JOHN RICKMAN.— “On the criteria for the termination of an analysis” (Sobre los criterios para la terminación de un análisis). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, 200-201.

El análisis es cada vez más análisis de carácter, lo que trae un cambio en los criterios.

Del punto de vista del terapeuta, un criterio importante es el de

“irreversibilidad”: seguridad de haber alcanzado un progreso que aún sin ayuda analítica mayor no podrá sufrir regresión en el final del tratamiento.

Se pueden destacar seis criterios más específicos de importancia fundamental: 1) la capacidad de moverse libremente del pasado al presente y recíprocamente, vale decir la remoción de la amnesia infantil; 2) la capacidad de satisfacción genital heterosexual; 3) la capacidad de tolerar la frustración libidinal y la privación sin defensas regresivas y sin ansiedad; 4) la capacidad de trabajo y de ocio; 5) la capacidad de tolerar las pulsiones agresivas en uno mismo y en los otros sin perder el amor al objeto en su sentido pleno y sin culpa; 6) la capacidad de duelo. Estos factores se deben considerar en combinación, no con respecto a una personalidad ideal, sino en relación con una personalidad que no se desintegrara o no regresara bajo el impacto de los apremios instintivos o de las privaciones. El último criterio combina muchos factores, cada uno con variaciones cuantitativas y un “punto de irreversibilidad”.

La transferencia, que es la fuente del mayor “insight” en la mente del paciente, es también fuente de errores sobre lo que ocurre en el mundo externo, por mostrar más los aspectos desintegrativos.

Las interrupciones (de fin de semana o de vacaciones) pueden servir para apreciar la capacidad de integración, porque fuerzan las fantasías transferenciales. El “punto de irreversibilidad” es alcanzado cuando, a pesar de los altibajos del paciente, la visión del analista durante la separación permanece equilibrada e incluye las seis capacidades mencionadas anteriormente.

Los criterios de terminación deben considerarse en cada caso en relación con los de iniciación del tratamiento, para tener la seguridad de haber removido las raíces del complejo sintomático inicial.

Madeleine Baranger.

WILLI HOFFER.— “Three psychological criteria for the termination of treatment” (Tres criterios psicológicos para la terminación del tratamiento). Int. J. Psycho-Anal., XXXI, 1950, 194-195.

El análisis se caracteriza, entre los otros métodos psicoterápicos, por el hecho de poner en marcha, favorecer y utilizar determinados procesos psíquicos. En relación con estos procesos se proponen tres criterios psicológicos para decidir la terminación de un tratamiento: 1) el grado de conocimiento de los procesos psíquicos inconscientes; 2) la disminución de la represión y de las resistencias; 3) el cambio del “acting-out” en el recordar en la transferencia.

La neurosis de transferencia no es un proceso reactivo, sino una manifestación activa proveniente del apremio espontáneo del Ello. Las interpretaciones llevan a la transformación de los sentimientos y acciones infantiles en recuerdos. Esto sólo se puede producir *cuando* el paciente se identifica con el *analista en* su actividad interpretativa. Es un proceso de aprendizaje, una identificación que afecta el Ideal del Yo y el Superyo, pero ocurre en el Yo.

El tratamiento puede terminarse cuando el proceso analítico puede ser confiado al paciente mismo.

Madeleine Baranger.

SYLVIA PAYNE.— “Short communication on criteria for terminating analysis” (Breve comunicación sobre los criterios de terminación del análisis). Int. J. Psycho-Anal., XXXI, 1950, 205.

Hay que considerar junto con los criterios generales conocidos la posibilidad actual de alcanzar una salud mental completa.

Es útil hacer, para compararlo después con el resultado final, un pronóstico inicial que tenga en cuenta principalmente:

- 1) el diagnóstico inicial; 2) la edad en la que aparecieron los síntomas y la duración de la enfermedad; 3) en casos de carácter, la presencia o ausencia de fracasos o éxitos del mismo tipo; 4) la naturaleza de las influencias ambientales.

El paciente tiene que transferir, desde la relación con el analista, todas las relaciones transferenciales que han sido descubiertas y analizadas, pero pueden quedar con remanentes de dependencia. La pregunta es hasta dónde ha conseguido independencia del Yo como resultado de su integración.

La recrudescencia de los síntomas cerca del final del tratamiento es un fenómeno similar a las ansiedades de crecer, dejar la escuela, la universidad, el renacimiento, el destete, el final del duelo, todos procesos que incluyen una reorganización del Yo y de los intereses libidinales. Si hubo una falla en uno de esos momentos críticos, se sabe que hay inestabilidad del Yo y una dependencia que hará difícil la terminación.

Hay que considerar el grado de desarrollo libidinal y del Yo y como ha sido tratada la agresión antes de decidir si el tratamiento ha hecho lo más que podía. Si se considera que más cambios no son deseables hay que encontrar la forma de capacitar al paciente para enfrentar la terminación, con variaciones adaptadas a cada caso.

Madeleine Baranger.

ANNIE REICH.— “On the termination of analysis” (Sobre la terminación del análisis). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, 179-183.

El artículo empieza por una reseña de las ideas de Freud y Ferenczi sobre lo que es un análisis realmente terminado, y sus limitaciones. El objeto propio del trabajo es estudiar una situación transferencial típica en el momento de la terminación del análisis.

El autor critica la idea de Ferenczi de que la transferencia se disuelve completamente y que el análisis termina por agotamiento. Según Ferenczi, el paciente se da cuenta que sólo preserva modos todavía fantásticos de satisfacción que no le aportan nada en la realidad, supera el duelo de esa comprobación y busca métodos más reales de gratificación.

Según Annie Reich, la transferencia no está completamente resuelta en el momento de la terminación, y el paciente tiene un sentimiento de pérdida que elaborará sólo poco a poco con el tiempo. Trae el caso de un estudiante (análisis didáctico) que había terminado varios años atrás su análisis terapéutico con otro analista. La descripción que hacía de su reacción a la terminación de este primer análisis —exitoso— era la de un período de duelo. Se podía entender en términos de una transferencia específica (revivía la muerte de la madre). Pero es una reacción típica y no siempre condicionada por la experiencia de la muerte en la infancia. Hay elementos de la situación analítica que pertenecen a una relación específica y hacen inevitable que su terminación sea vivida como pérdida. El deseo de mantener la relación infantil con el analista desaparece lentamente y al final se produce una recuperación espontánea, como en el duelo. Con los candidatos, que tienen después la oportunidad de encontrar a sus analistas en el mareo de la realidad, el proceso es más rápido.

A menudo, las esperanzas profundas mágicas del paciente no aparecen sino cuando se acerca la terminación. Por eso, conviene planearla con varios meses de anticipación para tener el tiempo de elaborar el problema.

Ciertos analistas proponen análisis cortos para evitar esas secuelas. Pero el inconveniente de los problemas profundos dejados sin resolver supera de mucho

las ventajas de tal procedimiento.

Finalmente, es importante mencionar determinadas actitudes contratransferenciales que complican el problema. Hay analistas que tienen tendencia a terminar los análisis demasiado pronto. Puede ser por motivos narcisísticos, o porque la relación analítica va a llegar a representar un peligro para sus propios impulsos homosexuales; otros no se deciden a dejar ir el paciente y disfrutan de su situación de dependencia. Estas dificultades contratransferenciales relevan del propio análisis del analista.

Hay que *considerar también* la terminación de los análisis fracasados. Son generalmente casos de fracaso parcial, en los que se pudo proporcionar una ayuda limitada pero llega un día en que no se puede hacer más. En esos casos, no parece aconsejable el período de elaboración de la terminación, y parece preferible elegir para terminar un momento en que haya menos sufrimientos y más posibilidad de gratificación externa. Es un procedimiento psicoterápico, no psicoanalítico. Pero es probablemente el menos penoso.

Madeleine Baranger.

H. BRIDGER.— “Criteria for the termination of analysis” (Criterios para la terminación del análisis). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, 202-203.

La situación analítica se puede considerar como una comunidad transicional de dos personas creada con la finalidad de cambiar y reintegrar las relaciones de objeto internas del paciente y así permitirle salvar la brecha entre un modo de vida y otro.

Los criterios son los que permiten al analista determinar el momento óptimo

para que la terminación como acontecimiento externo ocurra dentro del proceso analítico, que es de desarrollo interno.

Se puede establecer criterios inspirándose de los que se usan en otras clases de comunidades transicionales con técnicas terapéuticas distintas, por ejemplo, los criterios de rehabilitación y reintegración en la vida civil de prisioneros de guerra repatriados. Los criterios permiten valorar el grado en que un repatriado puede terminar su estadía en la comunidad transicional.

Hay dos áreas de experiencia que pueden proporcionar al psicoanalista oportunidades análogas. La primera área comprende las experiencias del paciente de una interrupción breve entre una sesión y la siguiente. En el “aquí y ahora”, una interrupción de un día, una semana o un mes puede significar “para siempre” en la escala de tiempo interna del paciente. Permite apreciar la capacidad del paciente para tolerar la actuación de una escala temporal real en su mundo interno. También los modos de separación varían según las circunstancias. Se pueden así establecer informes periódicos de progreso.

La segunda área comprende las experiencias de separación del paciente en el mundo externo (cambio de trabajo, de residencia, divorcio, muerte, etc...). El material traído al respecto permite establecer otra serie de “informes de progreso”.

Si se construyen periódicamente estos informes y se los compara durante el análisis, determinados criterios generales para la verdadera terminación podrían emerger.

Madeleine Baranger.

EDITH BUXBAUM.— “Technique of terminating analysis” (Técnica para terminar el análisis). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, 184-190.

Los dos problemas principales de la terminación del análisis son la transferencia —y el problema particular que constituye durante la fase final— y el momento, si conviene o no fijar una fecha. La técnica de la terminación tiene que estar coordinada con la comprensión de la neurosis del paciente y su estructura caracterológica particular. Se traen ejemplos para ilustrar este punto.

El primer caso es de un hombre con un síntoma de indecisión. Una vez tomada la decisión de interrumpir el análisis, se le presenta un problema que tendrá que resolver en el momento de la terminación. El paciente teme reaccionar al final del análisis tomando una decisión “mala” y se inclina a continuar. Se entiende después que lo que tiene que resolver no es ese problema particular, sino el de su capacidad para tomar una decisión en forma independiente. Deja el análisis en la fecha previamente fijada, se le dice que puede volver en caso de necesitarlo, vuelve una sola vez dos meses después para anunciar que todo está bien. En ese caso, la indecisión, que era parte integral de la neurosis, se había vuelto parte de la neurosis de transferencia. La acción del analista, de continuar o interrumpir el análisis, era más importante que cualquier interpretación: le mostraba que podía tomar sus decisiones con independencia y que el analista confiaba en su capacidad y le daba permiso para ser independiente. Se entiende también el papel que puede tener la contratransferencia. En ese caso, el pedido de prolongar el análisis era poner a prueba que el analista le iba a permitir tomar sus propias decisiones y tener vida genital. El paciente no puede salir del análisis si el analista lo retiene.

Otro ejemplo es de oscilaciones y cambios constantes —por parte de la paciente— entre dos fechas de terminación. Estos cambios expresaban los sentimientos transferenciales de amor y odio hacia el analista, pero también

aceptación o rechazo de la posición femenina como identificación con el analista. Se le permitió tomar la decisión última y se le aseguró que podría volver cuando lo necesitara, sin temor a un rechazo de parte del analista.

En otros casos, por supuesto, vale la vieja regla de fijar una fecha y de mantenerla.

En el análisis, estamos trabajando con la parte sana del Yo del paciente, que cobra siempre más importancia. Cerca del final, el contenido inconsciente es revisado, elaborado, completado, pero comparativamente aparece poco material nuevo. La aparición de mucho material nuevo sería una indicación de que el proceso analítico continúa, necesita continuar, y que el paciente no está pronto para la terminación. Si el material inconsciente disminuye, tratamos cada vez más con la parte consciente del Yo. Se discute la neurosis de uno como con un tercero. El paciente tiene menos necesidad de transferir sobre el analista sus viejas relaciones, y su observación de éste se hace más aguda. Los pacientes, al lado de los sentimientos transferenciales, tienen por lo general un conocimiento inconsciente de la personalidad del analista. Este debe también hacerse consciente.

Una de las dificultades más comunes de la terminación es la idea de no volver nunca más a ver al analista, se vive como nacimiento y muerte. Hay pacientes que necesitan la seguridad de poder volver a verlo o a escribirle. Tienen que comprobar, después de la última sesión, que el analista no ha muerto. Conviene siempre dejar la puerta abierta para una vuelta o una visita. Esto prueba también que el analista no se asusta de contactos personales.

Es frecuente un retorno de síntomas o de ansiedad cerca del final, como intento último de aferrarse al analista. La repetición de un síntoma inicial es también como empezar a repetir toda la neurosis comprimida en un corto espacio de tiempo. El paciente parece querer asegurarse de que puede controlar las fuerzas de su inconsciente.

Madeleine Baranger.

DANIEL LAGACHE.— “Sur le polyglottisme dans l’analyse” (Acerca del poliglotismo en el análisis). *La Psychanalyse*, T. I, 1956.

El autor destaca la importancia que tiene la elección del idioma o los cambios de idioma en la situación analítica; el idioma, teniendo, aparte de su valor como instrumento de la comunicación, el de expresar conflictos o defensas del paciente.

Se dan cuatro situaciones lingüísticas distintas: o el idioma del análisis es el idioma principal de ambos interlocutores; o el analista trabaja con un idioma que no es el del paciente, éste hablando el idioma del analista; o ambos se expresan cada uno en su idioma; o el analista interpreta en el idioma del paciente y aparecen comunicaciones de éste en el idioma del analista. El autor analiza, con ejemplos concretos, la elección del idioma por el paciente y los cambios de idioma que provoca en el curso del tratamiento, mostrando que, en todo caso, estos fenómenos tienen motivaciones transferenciales de comunicación o encubrimiento de tal o cual conflicto del paciente, y deben ser analizados. Por ejemplo, una paciente de idioma inglés pedía al analista hablar francés para evitar el valor erótico históricamente motivado que el acento francés en inglés tenía para ella.

Se llega a las siguientes conclusiones generales: elección y cambios de idiomas “traducen movimientos de la resistencia, de la transferencia, de la vida de fantasía del paciente”. El idioma materno es más próximo a los conflictos primitivos, lo que puede hacerlo objeto de prohibición. La lengua de elección es la del Ideal del Yo, y sirve mayormente a la defensa. El recurso exclusivo al idioma usual expresa inhibición y la vuelta del idioma materno manifiesta un apertura de los conflictos. El recurso al idioma del analista puede significar

deseo de aproximación o de amor de parte del paciente.

Willy Baranger.

BERTRAM LEWIN.— “The analytic situation: Topographic considerations”
(La situación analítica: consideraciones topográficas). *Psychoanalytic Quarterly*, XXVIII, 4, 1959.

El autor se interroga sobre el uso del enfoque topológico en la teoría analítica, llegando a la idea de que es teóricamente posible, para propósitos definidos, usar representaciones topológicas más simples que las que corrientemente utilizamos.

A propósito de la situación analítica, si se la define como “lo que pasa en el diván”, los elementos de las libres asociaciones, verbales o no, se pueden clasificar en tres categorías:

- 1) la situación actual (A); 2) la situación transferencial (T);
- 3) la situación infantil (1). Es posible representarla por tres círculos que entran en intersección, con fines meramente descriptivos.

Cualquier situación concreta, supongamos la de estudio en un instituto psicoanalítico, pertenece a los tres círculos, pero, mientras ésta se ubica totalmente en el círculo A, si la representamos ella misma por un cuarto círculo más pequeño E, abarca también una pequeña parte del círculo T y del círculo 1.

El esquema se complica con la introducción de otro tema por ejemplo, el tema del dinero, que, si lo representamos también por un círculo D, viene a cortar el círculo E. Naturalmente, la ubicación recíproca de los distintos círculos varía de un momento al otro del análisis o aún de una sesión.

La construcción de un tal esquema ayuda al analista a ordenar sus ideas acerca de un material determinado. La comparación de la ubicación del

complejo de Edipo en la sesión N9 1 y en la sesión N9 100, por ejemplo, permite visualizar la evolución del proceso analítico.

Además, una interpretación dinámica, para conseguir su fin, debe ser topológicamente correcta, es decir, dirigida a la serie de fenómenos donde se ubica, y no a otra.

El valor del diagrama, para el autor, es permitir un mayor esclarecimiento de las ideas, y una mayor facilidad en su enseñanza.

Willy Baranger.

RUDOLF LOEWENSTEIN.— “Some Remarks on the Role of Speech in Psycho-analytic Technique” (Algunas notas sobre el papel de la palabra en la técnica psicoanalítica). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXVII, 1956, 460-467.

El autor vuelve a examinar un problema ya planteado por Freud: si la base del proceso analítico consiste en “hacer consciente lo inconsciente”, la verbalización tendrá en este proceso una importancia determinante.

Pero en este “hacer consciente” —que ahora denominamos preferentemente “adquisición del insight”— intervienen las funciones sintética y *organizadora* del Yo. Hay *que* ver como estas funciones se amplifican en la situación analítica, es decir, en ciertas comunicaciones entre dos personas, en un cierto diálogo muy particular. ¿Cómo funciona este diálogo? En general, según Buehler, la palabra tiene tres funciones: una función de representación de lo real, una función de expresión de uno mismo, una función de llamado al interlocutor para inducir en él tal o cual conducta o respuesta. El paciente utiliza obviamente las dos primeras funciones, pero también la tercera, en la medida en que el analista se vuelve objeto transferencial. El analista, al contrario, utiliza sólo la primera función de la palabra, y elimina tanto su propia expresión como todo “llamado” al paciente. Con esto, intenta reducir la palabra del paciente a su

función expresiva, pero al mismo tiempo, mediante la interpretación, aumenta el conocimiento del paciente acerca de sí mismo.

Nunberg puntualiza que la palabra cumple en el análisis una función mágica, y que sustituye la acción. En este sentido, involucra en distintas maneras al Yo, al Ello y al Superyo. Por esto la verbalización tiene una importancia muy grande en el análisis, y también la resistencia del paciente a verbalizar pensamientos o emociones de los cuales está perfectamente consciente. Lo que nos lleva a admitir la existencia de una barrera especial (distinta de las que separan inconsciente, preconscious y conciencia) entre el pensamiento y su verbalización. El vencimiento de esta barrera hace surgir a menudo material importante hasta ahora escondido por las otras barreras.

Además, un recuerdo se hace más real después de verbalizado; el pensamiento comunicado se vuelve una realidad objetiva y social.

La resistencia a la verbalización parece deberse a dos motivos opuestos, según los casos. A veces, el paciente puede temer ser llevado demasiado lejos por la expresión de sus afectos, y que éstos produzcan un efecto real sobre el analista. A veces, al contrario, teme que la verbalización destruya la “gratificación silenciosa” que obtiene de ciertos pensamientos.

La verbalización tiene por lo tanto dos funciones en el psicoanálisis: una función de descarga y una función de “ligar los afectos”. Tanto una como otra subyacen al efecto curativo del “insight”.

Si las palabras del paciente constituyen como andamios dentro de los cuales surgen afectos y pensamientos, también son andamios las interpretaciones del analista, y el pensamiento del paciente los llena paulatinamente. La interpretación, por la propiedad general de la palabra, según la cual tiende a crear en el interlocutor un estado semejante al del locutor, encuentra a mitad de camino los pensamientos y las emociones del paciente. Es como si el proceso secundario fuera al encuentro del proceso primario, lo que permite al paciente el “insight” dentro de sus procesos primarios, es decir, el uso interno del proceso

secundario y del examen de la realidad (discriminación de lo subjetivo en la vivencia del mundo externo; comprensión de la complejidad de sus motivaciones; capacidad de comprender a las otras personas; posibilidad de diferenciar el presente y el pasado). La evocación de lo lejano en el tiempo permite su discriminación de lo presente.

Esto permite entender porqué ciertos fenómenos tenían efectos patógenos cuando eran inconscientes y dejan de tenerlos cuando se los ha podido verbalizar. Se vuelven inocuos porque el “insight” y la verbalización los someten al examen de la realidad y liquidan los efectos de la mezcla entre el presente y el pasado.

Desde luego, existen en el análisis otros modos de comunicación que no son verbales, y que toman parte en la comprensión del paciente por el analista, pero sin la verbalización del paciente y sin la interpretación del analista, no producen el “insight” y no hay análisis. La comunicación no tiene efecto terapéutico por sí misma, sino lo que ha sido comunicado por el paciente y por el analista y por los cambios que se producen como resultado de la interpretación.

Los resultados del autoanálisis no infirman esta última conclusión, ya que un autoanálisis es en realidad un análisis realizado con un analista imaginario u ausente.

Willy Baranger.

S. NACHT.— “La nevrose de transfert et son maniement technique” (La neurosis de transferencia y su manejo técnico). *Revue française de psychanalyse*, tomo XXII, NQ 6, 1958.

Comienza el autor precisando el alcance del término. Distingue entre reacciones de transferencia y neurosis de transferencia entendiendo por la primera las manifestaciones transferenciales habituales, que se inscriben en una

relación transferencial en la cual el análisis —y el analista— es sólo una parte de la vida del sujeto, aunque esta parte se la considere privilegiada. En cambio, en la neurosis de transferencia, toda la vida del paciente está centrada en su análisis.

Considera que la neurosis de transferencia no es únicamente una reviviscencia de la neurosis infantil, ya que no sólo reproduce el pasado tal como ha sido, sino también como el paciente hubiera deseado que fuera.

Se ocupa luego del concepto de transferencia, haciendo un repaso histórico de las ideas de diferentes autores con respecto al tema. Se refiere primero a las ideas de Freud expresadas en varios trabajos. Recalca, en especial, su concepto acerca de la curación, que la hace depender de la posibilidad de resolver la neurosis de transferencia.

Tanto Freud como Ferenczi insistieron sobre el carácter espontáneo de la transferencia, es decir, que no es un producto del tratamiento, sino que es anterior a él, no haciendo el tratamiento otra cosa que ponerla en evidencia.

Sin embargo, los autores más recientes tienen opiniones diferentes. Así Ida Macalpine y Robert Waelder creen que la transferencia no es únicamente un fenómeno espontáneo, sino que en parte es provocado por las características de la técnica analítica, que coloca al paciente en una “situación infantil” que lo lleva a la regresión.

Freud y algunos otros autores de su época estaban dominados por el miedo a la contratransferencia, y por eso consideraban necesaria la actitud de “espejo”. Alexander, por el contrario, tiene ideas muy particulares acerca del manejo de la transferencia y de la contratransferencia. Preconiza utilizar activamente la transferencia para limitarla o, mismo, impedir su establecimiento, para lo cual aconseja tratamientos muy cortos con sesiones espaciadas y dando directivas al enfermo, guiándose por la contratransferencia. Como dice Nacht, esto no es psicoanálisis.

Con respecto a la contratransferencia, considera el autor que debe manejarse con sumo cuidado para no perturbar la situación analítica.

Volviendo a las reacciones transferenciales, según opinión de Nacht, debe evitarse los extremos, es decir, las reacciones transferenciales muy pobres y las muy intensas, por ser ambas resistencias al tratamiento; las reacciones transferenciales insuficientes por encubrir la neurosis infantil, y las excesivas, por volver interminable el tratamiento. El peligro está, no tanto en la intensidad de las reacciones transferenciales, sino en su perduración, siendo necesario reducirla a un estado de crisis aguda.

El autor enfatiza el carácter inconsciente de la relación paciente-analista, y sostiene que la prolongación indebida de un tratamiento es consecuencia de reacciones inconscientes transferenciales-contratransferenciales complementarias entre paciente y analista. Para evitar esta situación, sostiene que es necesario conservar la estricta neutralidad del analista.

Sin embargo, hay situaciones que obligan al analista a abandonar la regla clásica de neutralidad, aunque son situaciones de excepción. Una de ellas, es cuando el paciente ha elaborado sus conflictos y, a pesar de ello, no se decide a enfrentarse con la realidad y se aferra a la situación infantil del análisis. Cuando esto sucede, el terapeuta debe integrarse en la realidad objetiva del enfermo, e interpretar más la realidad externa y menos la realidad transferencial. De este modo, facilitará la resolución del vínculo transferencial. El analista debe entonces mostrarse al paciente como el hombre que es, estar “presente”. Para esto, considera útil modificar el ritual de las sesiones: más espaciadas, en posición sentada, etc.

El riesgo que se corre, si se mantiene la neutralidad frustradora, es alimentar indefinidamente el grado de masoquismo que toda neurosis tiene, y si el masoquismo es importante vuelve interminable el análisis.

Otra situación particular que obliga a modificar la regla de neutralidad, se

presenta cuando el enfermo ha sufrido graves traumatismos en la infancia, como abandono, por ejemplo. En estos casos la angustia de castración es muy intensa y la neutralidad despierta mucha hostilidad en el paciente, que lo lleva a anular la acción del analista. Preconiza en estos casos una actitud de mayor gratificación de parte del analista, dándole más interpretaciones y sesiones más frecuentes, luego de un largo período del análisis en las condiciones clásicas, para no aumentar el sentimiento de culpabilidad con la actitud gratificadora. Estos enfermos, según el autor, necesitan la prueba en la realidad del afecto del analista.

Termina el artículo recalcando que todas estas actitudes del analista, que se apartan del proceder técnico clásico, deben ser adoptadas con suma prudencia, y sólo en los casos especiales citados. Además, el analista, para modificar *su* neutralidad, debe estar completamente consciente de su contratransferencia.

Héctor Garbarino.

HERMAN NUNBERG.— “Evaluation of the Results of the Psycho-Analytic Treatment” (Valoración de los resultados del tratamiento psicoanalítico).
Int. J. Psycho-Anal., XXXV, 2-7, 1954.

La valoración de cualquier método terapéutico presupone su comparación con otros. El autor, por conocer solamente uno: el psicoanálisis, se ve obligado al procedimiento que le parece más eficaz, o sea, averiguar los cambios logrados con el tratamiento psicoanalítico, explorándolos dentro del marco de los conceptos de Freud.

El primer punto que se plantea es el del concepto de salud y enfermedad

mental. Aún no existe un criterio único sobre salud mental, comprobándose que éste varía según las características del medio en el cual el individuo vive. Recuerda que cuando psiquiatra joven, al discutir con colegas este problema, llegó muchas veces a la conclusión de que la salud mental termina en las puertas del hospital psiquiátrico.

Describe con una anécdota, la dificultad que a veces plantea al psiquiatra la estimación del grado de enfermedad mental que afecta a su paciente y comenta las sorpresas que a veces reciben, cuando un conocimiento mejor de ese paciente muestra partes de su Yo más sanas de lo que pudo suponerse en una primera impresión.

Del mismo modo cuando un paciente es declarado incurable por un analista, con otro puede lograr su curación; en tales casos, no es el análisis el que falla, sino el analista. Pero aún así se debe tener presente que en toda valoración psicológica, la ecuación personal juega un papel importante.

Si es difícil definir la salud mental, no lo es menos definir el grado o severidad de la enfermedad mental. El psicótico tiene a la vista, los síntomas que en el neurótico están ocultos por una costra.

Lo inconsciente existe en el ello en dos formas: reprimido y no reprimido. Ninguna de esas formas son patológicas por sí mismas. Sólo cuando la represión fracasa y lo inconsciente reprimido irrumpe en el Yo, adquiere un carácter patológico.

Se establecen luego las diferencias que existen entre neurosis narcisísticas y transferenciales y expone la significación a que tales diferencias dan lugar.

Considera que lo más importante es la cantidad de catexis con que se cargan los objetos internos o externos. Esto le permitirá al paciente mantener un menor o mayor contacto con la realidad. La principal función terapéutica será entonces la de asegurar e incrementar ese contacto con la realidad.

En las neurosis esto es más fácil de conseguir que en las psicosis y si esto se logra puede considerarse un gran éxito del analista. Pero no debe confundirse

contacto con la realidad, en este caso el analista, con curación. Ese contacto no es sino un vehículo para el tratamiento. Algunos paciente lo logran pronto, otros requieren mayor duración y otros no lo logran nunca. La duración de un análisis no debe servir como criterio para valorar o desvalorizar su eficacia. El diabético que requiere atención durante toda su vida, no sirve para que por ello se critique a la medicina.

Otro punto de vista que puede adoptarse para investigar el valor del análisis es el de revisar el concepto de conscientización. El mismo material que en la esquizofrenia es consciente, en las neurosis requiere un gran esfuerzo para hacerlo consciente.

Si el objetivo de un proceso terapéutico es hacer consciente lo inconsciente, podría pensarse que esto es más fácil de conseguir con un esquizofrénico que con un neurótico. Sin embargo, se sabe que no es así.

Para explicarlo describe las características del ello y del yo. La transformación de inconsciente a consciente ha de llevarse a cabo recién cuando se satisfagan una serie de exigencias del yo y del superyo. Si el análisis logra este “milagro” puede considerarse todo un éxito.

En el neurótico la situación es diferente, ya que el yo, aunque débil, es lo suficientemente fuerte como para mantener sus defensas. El análisis debe superarlas y permitir la reconstrucción del pasado, cubriendo las amnesias de los primeros años.

Considerar la validez del tratamiento psicoanalítico en base a la desaparición de síntomas, es otra posición que sirve para discusión.

Hay grupos de pacientes que pierden sus síntomas cuando sólo han logrado una integración y ordenamiento de sus fantasías inconscientes; cuando se ha suprimido el caos del ello. Otro grupo, no modifica sus síntomas ni aún cuando se ha llegado a ese ordenamiento y por último un tercer grupo, mejora pronto, antes que pueda considerarse que se ha realizado un trabajo analítico efectivo.

El primer grupo es el mejor. El segundo es el peor. Pero no por la existencia

de un tal grupo, se justifican las críticas al análisis. En cuanto al tercer grupo, es el que paradójicamente, deja satisfechos al paciente y familiares y descontento al analista.

Otro beneficio imputable al análisis es el cambio que puede producir en el carácter de los pacientes. No obstante esto, no es lo que más los satisface.

Considera luego aquellos pacientes que obtienen un beneficio con sus síntomas o con las alteraciones de su carácter. Es como si hubiera una simbiosis entre enfermedad y el yo. Por eso son tan difíciles de tratar las neurosis de carácter.

De todos modos, el psicoanálisis procura lograr un yo más fuerte, que sea capaz de ser más independiente de sus instintos, adquiriendo más dominio sobre ellos.

Pero es difícil valorar el alcance de este éxito.

Termina el trabajo con esta consideración: “si pudiéramos medir la cantidad de energía psíquica, sería más fácil determinar el alcance de salud y enfermedad mental. Pero no podemos medirlo. Entonces tenemos que recurrir a una vieja fórmula. Es muy simple: cuando un paciente es capaz de amar y trabajar, está curado. Aunque no es muy científica, sirve hasta encontrar otra mejor”.

Luis E. Prego Silva.

BÉLA GRUNBERGER.— “Ensayo sobre la situación analítica y el proceso de cura (la dinámica)”. *Revue Française de Psychanalyse*, XXI, N° 3, pp. 373-421, 1957.

El autor señala, siguiendo a Baudouin, la distinción entre la transferencia analítica y la relación analítica, siendo esta última la que desencadena fundamentalmente el proceso analítico. El aporte energético de este proceso está

centrado sobre el narcisismo. El estado de euforia del comienzo del análisis es típicamente narcisista. Constituye el factor dinámico que da al análisis su fuerza propulsiva independientemente de toda interpretación. La elación narcisística es un desinhibidor que suprime o alivia la censura y el analista desempeña un papel pasivo que no estorba ni interfiere, puesto que es anobjetal.

Así se produce una regresión narcisista profunda, similar a la fetal. Como la situación analítica es frustrante, lo que aprenderá en el análisis es a reaccionar frente a la frustración de un modo adecuado estableciendo una relación objetal. El analista es una abstracción y en la interpretación no se da él mismo. Recién cuando se establece la relación de objeto, se inicia la transferencia. Por lo tanto, no hay al comienzo un temor transferencial, sino que lo que teme es el comienzo mismo de la transferencia. La satisfacción alucinatoria narcisista mantiene su ilusión de omnipotencia.

El análisis se desarrolla en dos procesos paralelos, uno superficial con el material analítico explícito y otro más profundo verdaderamente energético, de origen narcisista. Hay una unión narcisística con el analista, que no es identificación, con inclusión de su imago en el yo y expansión concomitante de éste.

El analista es el soporte de las pulsiones y de las defensas del analizado y no más que esto. Así, cuando lucha contra una pulsión, el analista es un protector sobre el cual proyecta su superyo severo; cuando desea ceder a una pulsión, el analista es el que le concede, es decir, el seductor. El narcisismo del enfermo debe ser únicamente la parte activa. Aquí el análisis no tiene nada de diálogo, a lo más se trata de un monólogo a dos voces, uno hablando y el otro razonando, poniendo punto, interpretando correctamente. En este momento de euforia narcisista, de éxtasis e incluso apasionado, el paciente se siente súbitamente curado y muchas veces expresa al analista su ilusión de abandonar el tratamiento.

La maduración del yo le permitirá darse cuenta de que detrás de la satisfacción narcisística aconflictual está la relación objetal, hacia la cual le hace

deslizar la situación analítica. En este momento intenta un restablecimiento narcisista optando por una nueva defensa, no la neurótica, vinculada a su antiguo superyo, sino otra, adaptada a la realidad, relacionada a una nueva formación superyoica, con la que alcanza a la maduración.

J. Galeano.

A. BERGE.— “L'équation personnelle ou de l'art psychanalytique” (La ecuación personal o del arte psicoanalítico). *Revue Française de Psychanalyse*, tomo XXIII, N° 4, 1959.

El psicoanálisis difiere de las demás ciencias no sólo por su objeto, sino por su instrumento humano —el analista— como tal, sujeto a variaciones debidas a su condición vital; de lo que resulta su método particular.

El problema planteado por A. Berge en su conferencia sobre “La ecuación personal o del arte psicoanalítico”, pronunciada en la Sociedad Psicoanalítica de París en febrero de 1959, recae sobre ese elemento variable que forma parte de la ciencia analítica, “la ecuación personal”, la posibilidad de reducirlo o eliminarlo, los peligros que se corren al intentarlo, o la posibilidad de sacar de él el máximo partido, lo que se traduciría en el aspecto artístico de la técnica que completaría al científico.

A. Berge cita a Freud quien en “Psicoanálisis y medicina” aconseja disciplina sobre sí mismos y conocimientos apropiados para que “las interpretaciones sean independientes de las particularidades individuales y acierten”. Más adelante habla de “una cierta fineza de oído necesaria para oír el lenguaje de lo reprimido inconsciente”. Completa su idea agregando que el analista “debe ser analizado a fondo él mismo, a fin de ser capaz de acoger sin prejuicios los elementos analíticos que le traen los demás”. Y concluye: “Sin

embargo siempre queda «la ecuación personal» como se dice en las observaciones astronómicas; y este factor tendrá un rol más importante en psicoanálisis que en otra ciencia. Un hombre anormal puede transformarse en un buen físico; pero sus propias anomalías le impiden ver sin deformación, si es analista, las imágenes de la vida psíquica. Como no se puede convencer a nadie de que es anormal, el consentimiento universal en materia de psicología profunda es difícil de obtener.”

Berge comenta: “Este texto deja pensativo. La «ecuación personal» se nos aparece como ligada a la imperfección esencial del instrumento de análisis que constituye la personalidad del analista. Ella nos es sólo mostrada como causa de «un error probable» más o menos grande, lo que daría a pensar que un analista «perfectamente analizado» no podría comprender e interpretar más que de una sola manera.”

Ferenczi también opina que con el análisis previo del analista las diferencias de técnica desapareceran.

Esta concepción de la “ecuación personal” como tara o como residuo inconfesable, trae consecuencias peligrosas para el psicoanálisis. El analista pretenderá negarla en si mismo o atribuirla a otros analistas. Pensando además que sólo debe existir una técnica creará que la suya es la adecuada. Otro gran peligro es lo que podría llamarse el retorno masivo de lo reprimido.

En realidad Freud se contentaba con que el análisis del analista lo volviera capaz de recibir sin prejuicios el material analítico del paciente, pero desde entonces, siguiendo esa línea, se ha visto exagerar hasta la mistificación el concepto del “analista perfectamente analizado”. Tanto que podría pensarse que cualquier individuo “perfectamente analizado” sería apto para analizar a su vez, sin necesidad de conocimientos teóricos o estudios previos.

Contra los serios inconvenientes, consecuencia de reglas estrictas y moralismos teóricos, autores como Ferenczi y Loewenstein han advertido a sus

colegas. Tratan respectivamente: “la elasticidad de la técnica psicoanalítica” y el “tacto”. La figura del “analista perfectamente analizado” se esfuma y “la ecuación personal” adquiere su importancia. Se destacan factores personales como la experiencia y la imposibilidad de intervenir dos analistas exactamente en la misma forma aun con la misma comprensión de un mismo caso. Intervención que es fundamental en la marcha del tratamiento.

El concepto de “elasticidad de la técnica psicoanalítica” despertó inquietud en cuanto a la libertad de acción que daría al analista. La posición intermedia es la acertada. El analista “normal” conoce sus resistencias personales y sus contratransferencias, sin que por eso se reduzcan sus características personales.

La Sociedad de Psicoanálisis Británica organizó una encuesta sobre las técnicas empleadas por sus miembros. La divergencia en las respuestas fue tal, que obliga a pensar cual de estos analistas había sido “perfectamente analizado”.

Frente a este irreductible problema de la “ecuación personal”, A. Berge se pregunta si no sería necesario encararlo de otro punto de vista, y en lugar de considerar las características personales del analista como obstáculo, utilizarlas como factor positivo en la marcha del tratamiento.

La actitud menos científica sería la de empequeñecer el problema. El analista por más normal, tiene “un pasado, una experiencia, una vida privada, un carácter, un temperamento”.

No es por azar que un paciente elige determinado analista y no otro y que esas mismas características tienen alguna acción sobre el tratamiento.

El psicoanálisis si bien exige una extrema lucidez, no puede revestir el aspecto de ciencia exacta. Un pseudorigor podría ser fuente de nuevos errores. Es importante entonces distinguir los planos donde es posible y necesario ser riguroso.

Las tendencias personales del analista, luego de un análisis profundo,

pueden subsistir en él en forma normal; conociéndolas podrá sacar partido de ellas.

La técnica analítica aparece bajo un doble aspecto: por un lado elementos estables, científicos, por otro, un elemento penetrante como consecuencia del hecho que el analista no es un instrumento de precisión sin vida. De ahí que debe enfocarse al psicoanálisis como una ciencia y como un arte. La técnica científica tiende a lo universal, prescinde de las características personales del experimentador y busca reducir su objeto a elementos simples e inertes. La “ecuación personal” no permite esta técnica, pero sí la técnica artística que aprovecha las características individuales. El analista busca una verdad científica, objetiva, pero toda su empresa es artística. Este es su estilo propio que es: “la manera con que cada uno utiliza sus cualidades personales y llega mismo a transformar sus defectos en cualidades”.

Si sólo se viera el aspecto científico, se correría el riesgo de querer imponer a los demás su propio estilo.

La técnica artística no sólo consiste en la forma de comunicarse con el paciente, sino en la conducción de la investigación. Frente al material aportado por el paciente, el analista se orienta en cierto sentido al cual no es ajena su “ecuación personal”. Su arte consiste primeramente en ser claro, no dejándose encerrar en un solo plano. Luego en suscitar en el paciente “des prises de conscience” adecuadas, o aunque no fueran impecables produzcan el efecto terapéutico buscado. Es decir que el contenido reprimido se concientice con la intervención de la libido.

El analista puede emplear una gran variedad de medios inspirados por su ecuación personal”: actitud, gestos, tono de voz, frase oportuna, lenguaje. Hay un lenguaje en el cual el analista trasmite al paciente sus interpretaciones y otro en el que se explica el caso a sí mismo, lo cual refleja los dos aspectos —artístico y científico— del psicoanálisis.

Un aspecto tan importante como lo es la transferencia y la

contratransferencia, depende de la “ecuación personal” del analista así como de la del paciente; de la misma manera que se establece una comunicación de sensibilidad entre un artista y su público.

Esta también propio del estilo del analista el dar importancia a los pequeños detalles, o bien el considerar sobre todo las grandes líneas del conflicto, así como también el ser “explicativo o elíptico, insistente o alusivo, chocante o apaciguante, gratificador o frustrador”. Está también dentro de la elasticidad de la técnica de cada uno el usar tan pronto un estilo como otro, siempre dentro de un marco de espontaneidad y con el tacto suficiente como para que el cambio produzca efecto favorable, sin que el paciente se sienta violentado, manteniendo comunicación entre los distintos planos a fin de que la libido siga su curso.

Es evidente que la técnica científica puede ser enseñada más fácilmente que la artística. Sin embargo, estudiando las diferentes técnicas artísticas, el analista puede orientarse para cultivar la propia.

La técnica científica asegura los elementos estables y universales del análisis; si se ha hecho hincapié en el aspecto variable, artístico del mismo, es que lejos de considerar la ecuación personal como residuo inconfesable del analista, se convierte, mediante un análisis previo, en factor fundamental del tratamiento terapéutico.

Laura Achard Arroza.