

TECNICAS Y ESTRATAGEMAS EN LA RELACION PSICOANALITICA

Por EFRAIN A. GOMEZ

R E S U M E N

Este artículo se basa, en parte, en estudios recolectados pero no publicados en el Potters College de Yeovil, Inglaterra, y la Universidad de Columbia, Clínica para el Entrenamiento y la Investigación del Psicoanálisis, New York. Su importancia reside en la discusión de aspectos poco conocidos de la relación psicoanalítica, considerados, en gran parte, como secretos profesionales.

S U M M A R Y

This paper is based, in part, on unpublished studies collected at Potters College in Yeovil, England, and Columbia University, Clinic for Training and Research in Psychoanalysis, New York. The importance of the paper resides in the discussion of poorly known aspects of the psychoanalytic relationship, largely considered as professional secrets.

PALABRAS - CLAVE: Psicoanálisis, relación psicoanalítica, estrategias.

KEY WORDS: Psychoanalysis, psychoanalytic relationship, tactics.

La técnica en la psicoterapia depende de la manera como se conceptualiza la psicopatología. Por eso, dependiendo de la teoría, frente al mismo paciente, psicoterapeutas de diferentes escuelas arriban a diferentes conclusiones. Por ejemplo, frente a una paciente mujer cuyo síntoma principal es angustia paralizante

cada vez que quiere salir de su casa, el terapeuta conductual asume que la mujer y las personas que viven con ella, de alguna manera, están contribuyendo a reforzar su comportamiento sintomático. El terapeuta de familia asume que los síntomas de la mujer son producto de una disfunción intrafamiliar. El psicoanalista que la causa

se encuentra en los conflictos intrapsíquicos inconscientes de la mujer. Y lo que es más importante, el psicoanálisis argumenta que la terapia directiva es superficial y que los síntomas, si desaparecen, serán reemplazados por otros. Para el psicoanalista el psicoanálisis como tratamiento es oro, comparado con las demás formas de psicoterapia; si el paciente mejora en tiempo corto y con técnicas no analíticas, la mejoría se llama "cura transferencial", o vuelco a la salud, por decir mejoría transitoria.

Si definimos la meta de la psicoterapia en términos de comportamiento tendríamos que decir que para que se produzca cambio, el terapeuta tiene que *inducir* en el paciente el deseo de comportarse de modo diferente, *voluntariamente*. Si analizamos esta descripción, encontramos una paradoja muy interesante. Nadie puede inducir a otra persona a que cambie voluntariamente. Esto suena como la otra paradoja del psicoanálisis, curar la angustia creando más angustia.

Si examinamos todas las psicoterapias dinámicas, se puede decir que uno de los factores que produce cambio, reside en la resolución de una serie de paradojas que se presentan durante el curso de la psicoterapia. El terapeuta crea un armazón o una estructura benevolente, permitiéndole al paciente que continúe con su comportamiento neurótico, al mismo tiempo que lo hace pasar por una serie de pruebas hasta que el paciente cambia su comportamiento neurótico, por otro mejor.

La primera paradoja, la de inducir cambio voluntario se resuelve negando que uno está sugestionando al paciente, la otra racionalizando que la angustia es necesaria para que se produzca cambio. Dentro de una relación llamada volunta-

ria, el analista insiste en puntualidad, regularidad y continuidad en el tratamiento. Si el paciente cuestiona el tratamiento, o quiere interrumpirlo es porque tiene resistencias, y éstas hay que tratarlas.

El paciente busca al analista por que lo considera un experto. Seguro de su papel, el analista le pide al paciente que asuma una posición de completa vulnerabilidad, que lo ame y que dependa completamente de él, sabiendo que tiene muchos pacientes. Es más, el analista sugiere que las dificultades que el paciente tiene dentro del análisis, se relacionan con dificultades fuera del análisis. También se le advierte al paciente que los comentarios del analista no reflejan sus verdaderos sentimientos. Y después que el paciente ha aceptado todo esto, el analista se hace cargo del paciente haciendo que éste se haga cargo de sí mismo. Y cuando el paciente cree que el analista es insincero éste le pregunta cual puede ser el origen de tal idea. Luego pide que el paciente le exponga todas las confidencias y secretos de su vida mientras el analista tiende a hacer lo opuesto, le sugiere que hable de sus habilidades mientras que el analista pretende no tenerlas. En otras palabras, le pide al paciente que confronte una situación extraordinaria en forma ordinaria.

La teoría de la psiquiatría tradicional tiene su propia lógica. Si el paciente está sufriendo, de acuerdo a la lógica tradicional hay que apoyarlo y darle consejos, con el objeto de aliviarle el sufrimiento. Si el paciente no mejora, el psiquiatra piensa que fuerzas, más allá de la voluntad del paciente, le impiden hacerlo. Esta lógica se deriva del enfoque exclusivo en el paciente. Con el cambio de foco del individuo a su relación con el terapeuta y a lo que éste contribuye, la lógica cambia.

Cuando FREUD concibió el psicoanálisis diseñó, al mismo tiempo, un escenario que es único en la historia de las relaciones interpersonales. FREUD creó un entorno único con el objeto de atrapar al paciente en una paradoja esencial. Influenciarlo a que cambie su neurosis en forma voluntaria.

El psicoanálisis es un proceso psicológico dinámico entre dos personas, paciente y analista. El paciente ve al analista en una situación de ventaja aunque secretamente quiere ponerse a su nivel. El analista maniobra para que el paciente permanezca en una situación inferior y de súplica. El escenario está diseñado de tal manera que el analista nunca puede perder.

Para empezar el paciente debe buscar ayuda en forma voluntaria, admitiendo su posición inferior. El paciente debe confirmar su posición de súplica, no sólo pagando dinero al analista sino siguiendo un horario inconveniente y un ritual estricto. La introducción del diván refuerza la invencibilidad del analista y la posición superior de éste, especialmente si el paciente es más inteligente que el analista. Situándolo en el diván el analista recuerda al paciente su posición inferior ya que los pies del paciente están en el aire mientras que los del analista están en la tierra. No sólo es desconcertante hablar en posición supina encontrándose literalmente debajo y delante del analista al que no puede ver.

El paciente se encuentra en una situación similar al boxeador que tiene que pelear con los ojos vendados. Incapacitado de observar las reacciones del analista y de guiarse por el lenguaje no verbal, el paciente responde con desorientación y duda. Como no puede mirar al analista en los ojos el paciente tiene que

prestar más atención a cada una de sus palabras, lo que acentúa más aún su situación de súplica. Por eso el arma más letal en el arsenal analítico es el silencio especialmente cuando el paciente empieza a atacar al analista. Es imposible ganarle a un oponente que no responde.

Si los ataques continúan y el analista continúa sin responder, el paciente termina sintiéndose culpable, o peor aún, frustrado y desesperado, dos emociones características del que está en situación inferior. Con el correr del tiempo el paciente descubre la estrategia del silencio y empieza a usarlo para su propia ventaja hasta que se da cuenta que su silencio le está costando algo así como cinco dólares por minuto.

Pocas mejoras han sido añadidas al brillante diseño de FREUD. Aunque no es posible enumerar todas las estrategias y tácticas del psicoanálisis en este artículo, mencionaremos algunos principios generales. Inevitablemente un paciente que acepta tratamiento psicoanalítico empieza a utilizar tácticas que lo han colocado en situaciones de ventaja fuera de la relación analítica. El analista, a su vez, responde con movidas ambiguas y desconcertantes destinadas a aumentar la desorientación y dudas del paciente. Por ejemplo el paciente puede decir "todos deberían ser honestos" esperando que el terapeuta le siga la corriente. Todo aquel que sigue a otro se pone en posición de desventaja. El analista dice "O?" con una inflexión que sugiere, "cómo se le ocurrió tal cosa?" o algo parecido. Esto no sólo pone en duda lo que el paciente dijo sino también lo que el analista quiere decir.

Duda y confusión es el primer paso hacia una posición de desventaja. Estas maniobras se ponen en evidencia en la primera fase del psicoanálisis. Cuando el

analista dice, "¿me pregunto si *realmente* eso es lo que siente?" el analista está implicando que el paciente tiene motivaciones que desconoce y que sólo el analista conoce. Temprano en el análisis el analista indica que las acciones del paciente están motivadas por fuerzas inconscientes. Desde el momento que el paciente acepta esta idea se pone a merced del analista, que es el único que conoce el inconsciente.

Regularmente en el curso del análisis cuando el paciente entra en fases de resistencia el analista utiliza las asociaciones libres y los sueños. Es la mejor manera para que el paciente pierda el control porque nadie puede estar en control mientras habla incoherencias. Para el paciente el producto de las asociaciones libres y los sueños son disparates y relatos absurdos, para el analista todo esto tiene profundo significado. Esto no sólo contribuye a que el paciente se sienta disminuido por los disparates que dice, sino que se sienta en desventaja frente al analista que es el único que puede interpretar. Si el paciente se niega a continuar, el analista le recuerda que otra vez está empezando un proceso autodestructivo debido a sus resistencias, lo que indica que necesita más análisis.

Cada vez que el paciente trata de poner en desventaja al analista, éste interpreta la maniobra como resistencia. Anticipando lo que va a venir el analista informa al paciente que el camino a la recuperación está lleno de dificultades y que las resistencias son inevitables. Dentro de este esquema la falta de pago o la amenaza de terminar el tratamiento no son dirigidas al analista sino son señales de autodestrucción, por lo que el paciente termina pagando y pidiendo disculpas.

Cuando el paciente empieza a sentirse más seguro de si mismo y deman-

da respuestas más directas, el analista empieza a usar otras estrategias, por ejemplo hacerle hablar del pasado con preguntas como esta, "¿No le extrañaría que esta manera de sentirse tiene que ver con problemas tempranos con su padre?"

Durante el entrenamiento psicoanalítico el joven analista aprende estas y otras reglas de juego. La primera y la más esencial es mantener al paciente permanentemente en jaque como en el juego de ajedrez, haciéndolo sentir al mismo tiempo que hay esperanza de ganar la partida si se reconoce y se resuelve la transferencia. Cada vez que el paciente se siente en situación de ventaja es porque esta desarrollando transferencia. Cada vez que el analista empieza a sentirse en desventaja es porque está desarrollando contratransferencia. Ambas situaciones requieren comportamiento defensivo, y más análisis.

Una de las estrategias más radicales que puede utilizar el paciente es el suicidio. Esta maniobra siempre produce una situación de desventaja en el analista. La mejor manera de prevenir esta maniobra es tomarlo en forma impersonal. El analista dice algo así como: "Lo sentiré mucho por usted, pero yo seguiré adelante con mi trabajo".

La ética psicoanalítica requiere que se de al paciente oportunidades razonables. Existen estrategias devastadoras que no son bien vistas. En general, analistas que las utilizan están en necesidad de más análisis. Por ejemplo, explotar económica o sexualmente al paciente. Tampoco considera apropiado hacer hablar al paciente sobre determinado tópico para luego perder interés. Esto pone al paciente en situación de doble desventaja porque no sólo lo hace consciente de su inferioridad sino, lo que es más importante, le resta la oportunidad de poder mejo-

rarla. El análisis es como el juego, hay que perder con la esperanza de ganar.

El único paciente que pone en evidencia las limitaciones del entorno analítico es el psicótico. El psicótico está por encima de toda estrategia ortodoxa. En primer lugar, no busca ser analizado en forma voluntaria. No le importa el dinero. No permite al analista que lo acueste en el diván. La estructura psicoanalítica tiende a irritarlo. Si el analista insiste en sus estrategias, el psicótico es capaz de destruirle la oficina y encima golpearlo en los genitales. El analista justifica esta situación diciendo que el psicótico es incapaz de establecer transferencia. Por eso el analista los evita, o los refiere al psiquiatra. En los últimos veinte años se ha descubierto que se puede tratar al psicótico, si se trabaja en pareja o con más de dos terapeutas. Esta estrategia se llama "se necesitan dos o más de dos para subyugar a uno". Por ejemplo si el psicótico habla sin prestar atención o no quiere escuchar, dos terapeutas entran y empiezan a conversar entre sí, ignorando su presencia. El psicótico, movido por la curiosidad, deja de hablar para tratar de escuchar lo que están diciendo, poniéndose voluntariamente en condición de desventaja.

En los congresos psicoanalíticos casi nunca se discute estas estrategias lo cual indica que se les considera secretos profesionales que no deben discutirse en público. Es más fácil discutir las áreas oscuras e improbables que existen en los rincones más recónditos de la mente, o fuerzas biológicas inmanejables, o diferentes niveles de energía, catexis, representaciones, imagos, objetos, etc.

Si observamos y seguimos el desarrollo típico de un tratamiento "standard", las estrategias psicoanalíticas podrían

ser resumidas de la siguiente manera. El paciente entra en análisis esperanzado pero en situación de desventaja. Al principio trata de ganar control sobre el analista complaciéndolo y halagándolo esperando que el análisis sea corto y exitoso. Este es el período de la luna de miel. El analista experimentado acepta pero no responde a estas maniobras. Cuando el paciente se da cuenta que su situación no va a mejorar rápidamente, empieza a cambiar de tácticas. Periódicamente se siente hosco, malhumorado, provocativo y amenaza terminar el análisis. Estas son maniobras para llamar la atención del analista, pero sólo encuentran una actitud impasible, impersonal, silenciosa. El analista responde a la provocación con declaraciones como esta: "Sería importante estudiar que es lo que hay detrás de sus amenazas". Frustrado en su intención, el paciente capitula por el momento y devuelve el control al analista. Otra vez lo halaga, se apoya en él, depende de cada una de sus palabras, insiste en su desventaja, reconoce la invencibilidad del analista, y espera el momento en que las cosas mejoren y se muestren en reverso. El analista en esta fase utiliza estrategias condescendientes, señalando que el paciente debe ayudarse a si mismo sin esperar que otros le solucionen sus problemas. Frustrado el paciente cambia de técnica. A esta altura del tratamiento ha aprendido estrategias utilizadas por el analista y las empieza a perfeccionar. Usa el "insight" ganado para redefinir la relación psicoanalítica en terminos opuestos a la primera fase. Este es el período más difícil del análisis. Sin embargo habiendo preparado cuidadosamente el terreno y habiendo estudiado e implantado dudas en el paciente, el analista sigue controlando la relación por muchos años.

Finalmente sucede algo extraordinario. El paciente casualmente, sin compulsión, trata de poner al analista a su nivel; el analista revierte la situación, pero el paciente no se altera. Hasta que llega el momento en el que al paciente se le acabó el dinero, o realmente no le importa quien controla a quien. En otras palabras, el paciente se ha curado.

Si diseamos una relación psicoterapéutica ideal encontramos tres niveles de relación interpersonal. El primer nivel es la relación transferencial. Originalmente se creyó que toma tiempo para que ésta se desarrolle. Hoy se sabe que la transferencia se manifiesta muy temprano, lo que toma tiempo es reconocerla.

El segundo nivel es la alianza terapéutica o "therapeutic alliance" de ZETSEL¹, o "working alliance" de GREENSON². Este tipo de relación no se desarrolla espontáneamente, es producto de arduo trabajo analítico. La alianza terapéutica es análoga a la relación madre-hijo, pero entre dos adultos. La alianza que busca el analista es con la capacidad del ego para observarse a si mismo, al

mismo tiempo que el paciente revive en la relación analítica afectos y fantasías de la niñez. GREENSON utilizó el término "working alliance" para designar el esfuerzo colaborativo entre dos adultos que trabajan juntos. Si la alianza terapéutica llega prematuramente no es alianza terapéutica sino transferencia.

Finalmente lo último en presentarse es una relación basada en hechos reales y genuinos. Es una relación que se desarrolla entre dos individuos que han trabajado en forma íntima y por mucho tiempo en una relación que empezó como asimétrica, desigual y que al final se convierte en una relación simétrica, en el que la relación es de igual a igual.

La mayor parte de los errores que se comenten en el análisis ocurre cuando el paciente habla desde su nivel y el terapeuta responde desde otro. El problema crucial reside, en muchos casos, en el papel que juegan los afectos, los del paciente, pero más importante aún, los del analista, toda la gama de sus afectos y no sólo los relacionados con la contratransferencia.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden die nichtveröffentlichten Zusammenfassungen über Psychoanalyse des Potters College von Yeovil, England und der Columbia University von New York untersucht. Der Verfasser behauptet, dass die unbekanntenen Kenntnisse, bzw. berufliche Geheimnisse, die jetzt bekannt geworden sind, eine grosse Rolle in der Entwicklung der Psychoanalyse haben.

BIBLIOGRAFIA

1. ZETSEL, E. R., & MEISNER, W. W. (1973): *Basic Concepts of Psychoanalytic Psychiatry*, Basic Books, New York.— 2. GREENSON, R. (1967): *The Techniques and Practice of Psychoanalysis*, International Universities Press, New York.— 3. *The art of psychoanalysis* (unpublished). Potters College, Yeovil, England, Columbia University, New York.