

6 La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes

6.1 Estado del problema

Habitualmente, paciente y analista se encuentran, por primera vez personalmente, en la sala de espera; sin embargo, en base a las propias expectativas, cada uno tiene ya una imagen más o menos vaga del otro. Para las reflexiones siguientes, imaginemos un paciente que ha solicitado una cita telefónicamente o por escrito. Supongamos que menciona brevemente sus problemas o escribe en forma detallada sobre su trayectoria de vida, para recalcar la necesidad urgente de consultar. Puede también expresar sus dudas y sus expectativas de que la decisión largamente pos-tergada de consultar desemboque prontamente en un tratamiento exitoso de su sin-tomatología crónica, así como la esperanza de que será aceptado como paciente, precisamente por este analista, de quien tiene buenas recomendaciones. Según el modo de anunciarse o de ser referido, o por el contenido y la forma de su carta, el analista puede sacar conclusiones sobre la situación de vida del paciente. Así pues, ya antes del primer encuentro se han iniciado procesos de transferencia, contra-transferencia y resistencia. Nuestro paciente ficticio, bajo la expectativa de su primera conversación, llegó incluso a soñar, la noche precedente, con una casa cuyo parecido con el edificio en el cual se encuentra ubicado el consultorio del analista ya le había llamado la atención al despertar. También el analista ha registrado señales que podrían contarse dentro de una contratransferencia positiva, en un sentido amplio de la palabra. En vista de la descripción que el paciente ha hecho de su situación de trabajo, que da lugar a la suposición de una gran flexibilidad de tiempo, el analista estudia su horario para ver qué oferta puede hacer al paciente.

De esta corta descripción de una situación imaginaria, el lector puede sacar las siguientes dos conclusiones: Primero, que la transferencia, la contratransferencia y la resistencia comienzan antes del primer encuentro entre paciente y analista. Segundo, que las expectativas del paciente comienzan a afectar el pensamiento onírico ya antes de que se haya llevado a cabo el primer encuentro. Debido a estas razones, tuvieron prioridad los cuatro capítulos precedentes, que se ocupan de estos temas. Teniendo en vista la transferencia, la contratransferencia y la resistencia, queremos destacar cuán esencial para la primera reunión y los encuentros siguientes es la actitud (*Einstellung*: modo de pensar, manera característica de enfrentar un problema) del analista. Ponemos énfasis en este aspecto, en especial pensando en aquellos lectores que comienzan con la lectura de este capítulo, cuyo título ofrece introducirlos en la práctica psicoanalítica. Nuestro bosquejo sobre los preliminares permite al lector más avezado, incluso sobre la base de estos pocos datos, predecir con bastante certidumbre el desenlace de la primera entrevista con este paciente modelo imaginario. En este caso no es necesario una capacidad diagnóstica especial, y las bases para la decisión de dar comienzo a un psicoanálisis ya prácticamente están dadas antes de que el analista se haya quebrado la cabeza con criterios específicos de indicación. La primera entrevista o incluso una fase más larga de clarificación puede ser omitida en algunos pocos pacientes. Para ambos involucrados,

paciente y analista, todo parece estar suficientemente claro, de tal modo que la primera entrevista puede marcar el inicio del tratamiento. A todo analista le es familiar este tipo de procesos de decisión que se desenvuelven rápidamente y que no tienen nada que ver con la fascinación llena de fantasías de una atracción mutua; por el contrario, conducen sin tropiezos a un tratamiento sobre el diván con cuatro o cinco sesiones por semana, debido al hecho de que por ambos lados se satisfacen bien los indicadores mínimos. Por así decirlo, todo calza: edad, nivel de instrucción, severidad de los síntomas y una posición profesional brillante que le otorga independencia económica y disponibilidad de tiempo.

No es de extrañar entonces que en la literatura psicoanalítica predominen notoriamente los trabajos sobre la fase inicial del tratamiento, frente a los centrados en la primera entrevista. También nosotros preferiríamos saltarnos el capítulo sobre primera entrevista y dedicarnos inmediatamente al que se refiere a las reglas y a la iniciación del tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, no podemos hacer como si nuestros pacientes en su mayoría fueran pacientes ideales, altamente valorados por todo terapeuta, que tienen buena motivación para un tratamiento y que son conscientes de las conexiones entre sus molestias y sus problemas y conflictos de vida, es decir, que ya traen consigo un cierto insight, psicoanalíticamente deseable, de su enfermedad. Esos pacientes ciertamente existen, pero son pocos; en realidad, nuestra práctica nos indica algo bien diferente. Tan pronto como los pacientes que acuden al analista presentan un amplio rango de problemas psíquicos y físicos (es decir, un espectro nosológico amplio), y la clientela no se componga unilateralmente de ciudadanos bien educados y económicamente de posición holgada, la primera entrevista cobra una función decisiva. Si a la primera entrevista no se le atribuye la dudosa función de distinguir de entre los pacientes a aquel supuestamente indicado para el psicoanálisis, hay una mayor posibilidad de tomar contacto con el espíritu pionero de Freud y con el placer que él encontraba en la experimentación. En nuestra opinión, la entrevista inicial constituye la primera oportunidad para una adaptación flexible del método psicoanalítico que tome en cuenta la realidad particular de cada paciente. Sobre los primeros encuentros gravita una pesada carga de responsabilidad. Las informaciones que deben adquirirse en pocas conversaciones quedan necesariamente incompletas y son poco confiables. Por motivos de principio, sólo en casos muy claros se puede afirmar con certeza que a un paciente dado no se le puede ayudar con medios psicoanalíticos, ya que el método se erige sobre el fundamento del establecimiento de una relación interpersonal especial con el paciente como individuo, con el objeto de influenciar terapéuticamente trastornos, síntomas y enfermedades, que son, total o parcialmente, de origen psíquico. Por este motivo, empleamos una palabra pretenciosa y hablamos de encuentro, en el que se incorporan todas las reglas y los términos técnicos.

Ciertamente, no podemos quedarnos en meras generalizaciones; es preciso ir más allá. Mientras más acabados y perfeccionados sean los métodos terapéuticos y las técnicas, más claras serán sus relaciones con la teoría de la génesis del cuadro clínico en cuestión, y su eficacia podrá predecirse de manera más precisa; mientras mejor se conozcan las circunstancias condicionantes y mientras más exactamente se aclaren los mecanismos de acción del tratamiento, más alta será la probabilidad

de los pronósticos. Así, en medicina, la estandarización y la posibilidad de generalizar una técnica, o sea, la posibilidad de su aplicación en un caso típico, tomando en cuenta las desviaciones individuales, representan el ideal científico y práctico. De este modo, los errores en la técnica de tratamiento pueden ser descritos como desviaciones de una norma probada, lo que queda evidenciado en toda su plenitud en la constatación de intervenciones erradas.

¿Puede ser aplicado este ideal al tratamiento psicoanalítico? ¿Podemos esperar que la primera entrevista nos ofrezca los datos necesarios para el diagnóstico, datos que nos permitan establecer criterios positivos de indicación? Esto equivale a decir que indicación y pronóstico se interrelacionan, lo que queda claro en la pregunta que todo paciente hace a su médico y también a su analista: "¿Qué posibilidades tengo de mejorarme, o de curarme, si me someto a un análisis? ¿Si sólo puedo venir dos veces por semana, son menores las posibilidades de éxito?"

Este tipo de preguntas son incómodas para cualquier analista. Esta es la razón por la que hemos admitido abiertamente que también nosotros nos sentimos más seguros al trabajar bajo condiciones estandarizadas, es decir, cuando el diagnóstico implica una clara psicogénesis, de modo que la indicación y el pronóstico pueden ser fundamentados.

Si la selección de pacientes adecuados para la técnica psicoanalítica estándar fuese el único aspecto de importancia en la primera entrevista, parecería lógico que abordáramos de inmediato la terapia, es decir, el proceso psicoanalítico, de cuyo desarrollo depende el pronóstico. Pero las apariencias engañan; los estándares técnicos diseñados para el así llamado caso adecuado son criterios formales, quedando como tales fuera de la esencia y del contenido sustancial del proceso, y, posiblemente, incluso interfiriendo con él. Este es el motivo de que debemos considerar tantos aspectos diferentes en la descripción de la primera entrevista, y que tengamos que ver esta multiplicidad en el contexto de las tareas globales que deben ser atendidas. Con el trazado de algunas líneas de desarrollo queremos ampliar la perspectiva e iluminar la entrevista inicial desde ángulos diferentes, basándonos en nuestra actitud (Einstellung) psicoanalítica. Queremos destacar la importancia de la actitud del analista, por ejemplo, en la atención que presta a la transferencia, a la contratransferencia y a la resistencia; pues frecuentemente sucede que las herramientas psicoanalíticas, en un sentido estricto, no pueden ser aplicadas, de manera que son esenciales la actitud del analista y su modo de manejar las comunicaciones del paciente. Fue así como sólo tardíamente se desarrolló una técnica de entrevista psicoanalítica específica, aunque ya tempranamente se hizo notar la influencia del psicoanálisis en la entrevista psiquiátrica en los Estados Unidos de Norteamérica y en la toma de la anamnesis en la medicina psicosomática alemana.

Nuestra meta en este capítulo es hacer justicia tanto a los requerimientos generales de la conducción de una entrevista como también a puntos de vista psicoanalíticos especiales. Ante todo, debemos familiarizar al lector con una amplia paleta de puntos de vista, debido a que si bien el modelo médico que posibilita hacer una indicación positiva fue adoptado por el método psicoanalítico estándar, difícilmente se encuentra en la práctica un analista (salvo en aquellos

raros casos claros mencionados anteriormente) capacitado para llegar a una toma de decisiones segura en base a unas pocas conversaciones con el paciente. No es sorprendente que aquellos casos que el analista, ya en la primera entrevista, consideró posible poder conducir aproximadamente de acuerdo con la técnica ideal normativa, sean pacientes apropiados para un análisis bajo condiciones estándares. Naturalmente, consideramos importante cómo los pacientes, por ejemplo, reaccionan frente a interpretaciones hechas a modo de prueba, debido a que, por razones obvias, estas respuestas permiten ganar buenos puntos de apoyo para su capacidad de insight y conciencia de sus conflictos. Mayor peso aún tiene la experiencia de que la reacción de los pacientes frente a interpretaciones de prueba y otras herramientas de diagnóstico psicoanalítico depende de una multitud de condiciones, por ejemplo, del ritmo (timing). Son muchos los factores que determinan el tiempo que un paciente necesita para familiarizarse con el tipo de diálogo psicoanalítico mantenido por este psicoanalista en particular (y el espectro es amplio) y que permiten a aquél comprender el sentido de las interpretaciones de prueba. En iguales condiciones, lo mismo vale para todos los criterios. Finalmente, nuestra convicción de que el modo de conducir la entrevista inicial debiera adaptarse a las circunstancias especiales de cada paciente en particular, se refleja en nuestra presentación.

6.2 El diagnóstico

Las entrevistas diagnósticas preliminares servían a Freud para descartar las enfermedades somáticas y las psicosis. El campo de acción del método psicoanalítico parecía estar consideradamente más limitado por las circunstancias de un tratamiento ambulatorio, sin las posibilidades de una atención en régimen de internación, que por probadas restricciones en la técnica. Freud, quien por lo demás nunca vaciló en tomar enfermos graves en análisis, consideró la posibilidad de atención hospitalaria transitoria en casos de emergencia, como un modo de extender la aplicación del método psicoanalítico (Freud 1905a). Tan pronto como se daban las condiciones preliminares elementales y se fijaban los honorarios y las horas de consulta, se ponía al paciente al corriente de la regla fundamental y comenzaba el análisis. Tanto en ese entonces como hoy en día, los factores psicosociales generales, como educación, edad y motivación, eran altamente relevantes. Freud trasladaba la anamnesis minuciosa de la vida del paciente hacia la primera fase del tratamiento; sus entrevistas iniciales eran cortas y concisas, como se puede deducir de la descripción de Freud de la primera entrevista con el hombre de las ratas (1909d, p.127).

Los pacientes de Freud estaban todos "en análisis"; después de renunciar a la hipnosis, no hizo distinciones entre distintas formas de terapia psicoanalítica: sólo existía su método psicoanalítico. Principalmente, trataba casos graves, pacientes incapaces de salir adelante en la vida, es decir, aquellos en los cuales y para los cuales se había desarrollado la terapia psicoanalítica (Freud 1905a, p.252). El problema de la selección apareció sólo cuando la demanda sobrepasó a la oferta, tal como lo refirió Fenichel en el caso de la clínica del instituto de Berlín:

La desproporción entre el número de peticiones de consulta y el número de análisis posibles de emprender, hizo necesario un desagradable proceso de selección. Se sobreentiende que, en resumidas cuentas, se pusiera la atención sobre todo sobre las consideraciones vigentes para indicación de análisis. Junto a eso, el instituto impuso además dos condiciones para la aceptación de un paciente para tratamiento psicoanalítico: el caso debía servir para la investigación científica y para la docencia (Fenichel 1930, p.13).

La proporción entre el número de consultas y los tratamientos iniciados correspondía, en aquel entonces, aproximadamente a una relación de 2,5:1. La entusiasta actitud frente a la experimentación, que prevalecía en el instituto de Berlín en el momento de la toma de decisión de intentar un tratamiento psicoanalítico, queda de relieve en la alta proporción de análisis interrumpidos (241 de 721):

El número relativamente alto de análisis interrumpidos después de un corto tiempo se explica del siguiente modo: en la mayoría de estos casos la accesibilidad del paciente al análisis era dudosa desde el principio, pero, así y todo, eran sometidos a un "análisis de prueba", al término del cual el analista tenía que pronunciarse negativamente (Fenichel 1930, p.14).

El análisis de prueba servía para establecer una indicación diagnóstica más exacta, y desde un comienzo cargaba al paciente con la siguiente pregunta: "Si al finalizar el análisis de prueba queda en claro que yo no soy un caso adecuado para análisis, ¿para qué tipo de tratamiento soy apropiado entonces?" Una pregunta tan obvia naturalmente remueve las profundidades existenciales del paciente, y podría quizás haber sido evitada si el análisis de prueba no se acordara expresamente, es decir, si el analista se guardara para sí este período de prueba, sin comunicarlo al paciente. Pero, este modo de proceder no se consideraba compatible con la actitud psicoanalítica. A esto se agrega el hecho de que un análisis de prueba sólo es válido como test de aptitud en el contexto de una técnica estandarizada que el mismo analista debía también aplicar más adelante. El comportamiento del paciente durante el análisis de prueba se observaba, entonces, desde el punto de vista de un determinado modo de entender las reglas. Sólo una minoría de los pacientes que hoy en día consultan en clínicas psicoanalíticas ambulatorias podrían ser juzgados como adecuados en un análisis de prueba conducido de acuerdo con la técnica ideal estandarizada. Es comprensible entonces por qué el análisis de prueba fue dejado de lado, ya que el rechazo al final de este período puede ser muy doloroso para el paciente si el veredicto es "inadecuado para el análisis" y no se lo mitiga o complementa con la sugerencia de una buena alternativa.

La supresión del análisis de prueba ciertamente no resolvió el problema, sino que lo trasladó hacia la primera entrevista. Como señalaremos más adelante, la carga que recae sobre ésta se hace menos pesada, es decir, más llevadera para ambos involucrados, o posible de solucionar de una manera constructiva, sólo cuando se asume una postura flexible y adaptativa frente a la indicación, que llegue a transformarse en una actitud básica frente al diagnóstico y a la terapia. Pero antes que-

remos resaltar el hecho de que los problemas que debían ser resueltos en la primera entrevista en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín, son los mismos que aún hoy día deben resolverse en todos los establecimientos clínicos ambulatorios. Las consultas psicoanalíticas privadas se encuentran menos afectadas en este sentido. Por esta razón, la mayoría de las publicaciones sobre primera entrevista surgen de experiencias que los analistas recopilan en instituciones. Podemos agregar que pocos institutos de formación psicoanalítica instruyen expresamente sobre técnicas de entrevista. A vuelo de pájaro, pueden distinguirse las siguientes líneas principales de desarrollo: en el diagnóstico general, el psico-análisis se apoyó a lo largo de los años en el sistema nosológico de la psiquiatría. Los modelos diagnósticos de la medicina psicosomática se orientaron y aún hoy se orientan en torno a la sintomatología física. La primera entrevista psicoanalítica es una conquista relativamente tardía y se desarrolló en los grandes policlínicos ambulatorios.

La actitud y el pensamiento psicoanalíticos ejercieron una gran influencia sobre la técnica de exploración psiquiátrica. Aunque en este punto, como en general en la historia, las asincronías pueden durar décadas hasta que la influencia interdisciplinaria sea reconocida, no hay duda de que el diagnóstico psiquiátrico sufrió un cambio con la asimilación del pensamiento psicoanalítico por Bleuler (1910). Brill, Putnam y otros psiquiatras conocieron la técnica psicoanalítica en la escuela de Bleuler en Burghölzli, y ayudaron a difundirla en la psiquiatría de los Estados Unidos de Norteamérica, donde las ideas de A. Meyer sobre higiene social y psico-terapia ya habían pavimentado el camino (véase también Burnham 1967, p.18s). Ya desde los años treinta se pueden reconocer allí las influencias del pensamiento psicodinámico sobre la primera entrevista psiquiátrica. Los distintos pasos de este recorrido fueron reseñados por Gill y cols. (1954), cuya contribución importante fue la definición de la técnica de entrevista psicodinámica. Estos autores confrontan la exploración psiquiátrica tradicional con la "entrevista dinámica", que caracterizan de acuerdo a tres metas:

La primera meta es establecer una relación entre dos extraños, de los cuales uno es un profesional y el otro un ser humano que sufre psicológicamente y que a menudo hace sufrir a otros. Debe hacerse un serio intento de entender al paciente, de establecer un contacto humano cálido y una cierta apreciación mutua, indiferentemente de quién sea el terapeuta y el paciente. Todos los autores de publicaciones sobre entrevista han subrayado esto con lo que estamos básicamente de acuerdo. La segunda meta es la evaluación de la situación psicosocial del paciente. La tercera meta consiste en apoyar, siempre que sea adecuado, el deseo del paciente de emprender una terapia, y en planificar, conjuntamente con él, los pasos siguientes (Gill y cols. 1954, pp.87-8; cursiva en el original).

En este esquema, el diagnóstico psiquiátrico es incluido en la evaluación (appraisal) de la situación psíquica general y corresponde a lo que Balint (1961) denominó diagnóstico total. El que Gill y cols. (1954) incluyan en el ámbito de las tareas de la primera entrevista el generar y desarrollar apoyo al paciente en función del ulterior tratamiento, marca, a nuestro parecer, un paso fundamental

en el camino que va desde la entrevista meramente diagnóstica hasta la intervención terapéutica.

La manera como Sullivan (1953) concibió la psiquiatría, o sea, como una "teoría interpersonal", puso un gran énfasis en el aspecto de la relación, es decir, en la interacción. Queda abierta la pregunta de si Sullivan fundó una verdadera psicoterapia interpersonal, como lo afirman Greenberg y Mitchell (1983), o si más bien retornó a un esquema orientado básicamente a lo intrapsíquico, como lo critica Wachtel (1982). La respuesta a esta pregunta depende, finalmente, de cómo se entienda, y se realice en la práctica, la participación del analista como observador. En los años cincuenta, las estrategias de entrevista orientadas psicodinámicamente fueron objeto de distintas elaboraciones. Estas elaboraciones buscaban desarrollar técnicas de entrevista capaces de ser sistemáticamente enseñadas y aprendidas, necesidad que surgió a causa de la gran recepción del psicoanálisis por parte de la psiquiatría norteamericana (véase Cantor 1957). En este contexto didáctico surgió también la concepción de Deutsch de la anamnesis asociativa:

El método de la anamnesis asociativa consiste en registrar, no sólo lo que el paciente dijo, sino también cómo proporcionó la información. Es decir, lo importante es, no sólo que el paciente comunique sus malestares, sino también captar en qué fase de la entrevista y en qué contexto el paciente trae a colación sus ideas, quejas y recuerdos, en relación a sus malestares corporales y psíquicos (Deutsch y Murphy 1955, tomo 1, p.19).

Así, se hace presente el punto de vista centrado más en la dinámica de los sucesos que en la exploración y en la descripción psicopatológica misma, sin acentuar demasiado los componentes de la relación, sino usándolos para crear una situación de exploración. Vale la pena revisar los distintos intentos de integración entre psiquiatría y psicoanálisis, en las diversas exposiciones sobre técnicas de primera entrevista psiquiátrica, que, por ejemplo, ofrecen los manuales de Redlich y Freedmann (1966), Kind (1973), Monroe (1978) o Gomberoff y Jiménez (1982), y observar como cada técnica mezcla, en distintas proporciones, elementos de descripción psicopatológica y análisis de la interacción.

La "entrevista estructural" de Kernberg (1977, 1981, 1984) es un buen ejemplo de la que podría ser llamada la "segunda generación" en lo que se refiere a la historia de la evolución de la primera entrevista orientada psicodinámicamente. Kernberg intenta llevar el funcionamiento psíquico general del paciente y la historia personal de su enfermedad a la relación directa del paciente con el entrevistador, es decir, al aquí y ahora de la interacción. Las instrucciones técnicas de Kernberg recomiendan un procedimiento circular. El volver permanentemente a los problemas y síntomas del paciente permite precisar, por un lado, el estado psicopatológico y, por el otro, considerar la relación médico-paciente bajo una mirada psicoanalítica. Esta doble mirada posibilita que el entrevistador ofrezca al paciente, eventualmente, desde interpretaciones aisladas hasta, a veces, interpretaciones transferenciales. El objetivo principal de este procedimiento circular es la clarificación de la integración de la identidad del yo, versus la difusión de identidad, la calidad de los mecanismos de defensa

(mecanismos de defensa "maduros", versus "inmaduros") y la presencia o ausencia de juicio de realidad. Estos tres indicadores permiten diferenciar, en un sentido estructural, las estructuras de personalidad neuróticas, las fronterizas (borderline) y las psicóticas. Estas últimas pueden aparecer como psicosis funcionales ("endógenas") o como psicosis de base somática ("exógenas"). El entrevistador intenta recolectar material mediante la clarificación, la confrontación y la interpretación en forma simultánea, para obtener información que permita elegir y planificar un tipo de terapia, y para fundamentar un pronóstico. Debe preocuparse especialmente de obtener una impresión de la motivación del paciente, de su capacidad de introspección y de establecer una alianza de trabajo, como también de su tendencia a actuar y del peligro de una descompensación psicótica.

En ciertos casos, al paciente neurótico se le interpretan conexiones inconscientes; al paciente fronterizo, en cambio, se lo confronta con escisiones en la representación de sí mismo. De las reacciones del paciente se pueden sacar conclusiones que ayuden al terapeuta a tomar decisiones en función del diagnóstico y del ulterior tratamiento.

El diagnóstico diferencial estructural sigue el sistema nosológico de la psiquiatría con sus tres grupos fundamentales, es decir, las neurosis, las psicosis endógenas y las exógenas. Además de estos grupos, Kernberg agrega el de los trastornos fronterizos, como una cuarta categoría independiente. El hilo conductor de la entrevista, que Kernberg concretiza a través de ciertas preguntas en las fases inicial, intermedia y final, sigue -a pesar de un estilo cíclico de conversación- el concepto psiquiátrico fenomenológico de poner la atención primeramente en las psicosis de base somática, luego en las psicosis "funcionales", para sólo entonces fijarse en los trastornos de tipo fronterizo y en las neurosis. Mediante el uso de términos tales como "diagnóstico", "exploración" y "síntomas cardinales", Kernberg prueba estar firmemente con un pie en la psiquiatría descriptiva. (1) La actividad estructuradora del entrevistador pasa a formar parte de la interacción. En este sentido, se da por supuesto que para obtener una necesaria ganancia en información al servicio de una precisión diagnóstico-diferencial es necesario conformarse con cierta restricción en el desarrollo espontáneo que la relación médico-paciente podría cobrar si el entrevistador interviniera menos activamente. La "entrevista estructural" prueba ser, sin embargo, una mezcla equilibrada entre descripción psicopatológica y análisis psicodinámico de la relación. De esta manera, hace justicia a las tareas diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de la primera entrevista. Además cubre, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, un amplio espectro de enfermedades psiquiátricas, lo que es especialmente útil en el caso del profesional que recibe, en el consultorio o en el hospital, pacientes no seleccionados previamente. El proceso de preselección es responsable, entre otras causas, de que el analista trate, casi exclusivamente, pacientes neuróticos. Según nuestro parecer, Kernberg ha logrado con su sistematización una buena síntesis de las distintas funciones de la primera entrevista (para una evaluación crítica, véase Cierpka, Jiménez, Kächele y Buchheim 1987).

Si se considera que casi todos los psicoanalistas norteamericanos tienen formación psiquiátrica previa, se hace más comprensible que la primera entrevista

psico-analítica no aparezca como un tema especialmente importante en el programa for-mativo llevado a cabo en los institutos analíticos norteamericanos (Redlich y Freedmann 1966).

En Latinoamérica, en cambio, la teoría y la práctica de la primera entrevista se desarrollaron en el intercambio entre las instituciones universitarias y hospitalarias y los grupos psicoanalíticos. La elaboración de la teoría de la primera entrevista está definitivamente marcada por los trabajos de J. Bleger (1971), quien prefiere hablar de entrevista psicológica, como un concepto más amplio que engloba tanto la entrevista psiquiátrica como la psicoanalítica. Sus ideas permitieron, al igual que la concepción de Balint, aplicaciones en diversos campos de la psicología y de la medicina; por ejemplo, el desarrollo de técnicas de interconsulta hospitalaria (véase Ferrari, H. y cols. 1971). Para Bleger, la entrevista psicológica configura un campo (interpersonal e intersubjetivo), lo que significa que "entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece" (p.14, citado por Etchegoyen 1986, p.60). Esta afirmación pone a Bleger en la tradición de la concepción diádica y operativa de la relación analítica. En este aspecto, la concepción de Bleger se acerca bastante a la de Balint, lo que quizás explique por qué la influencia de este último en Argentina no sea importante como en Alemania: el psicoanálisis argentino ha tenido teóricos creadores propios que han desarrollado las concepciones diádicas de manera original.(2)

En forma muy simplificada podríamos decir que el enfoque y el pensamiento psicoanalíticos influenciaron las técnicas de entrevista psicodinámica, las que a su vez influyeron en la práctica psicoanalítica. En el marco de estas influencias recíprocas, existen determinados puntos nodales, que caracterizan las tareas básicas de la entrevista inicial. En la siguiente tipificación somos conscientes de que nuestro énfasis, puesto en determinados aspectos, exagera artificialmente las diferencias respectivas.

En primer lugar nos dedicaremos a la anamnesis biográfica, ya que el problema de la relación entre la historia de vida del paciente y sus síntomas actuales aparece en toda primera entrevista. Si se quiere llegar desde la situación desencadenante (di-cho psicoanalíticamente: desde la situación de intento y de fracaso) hasta la clarificación de la psicogénesis en el sentido freudiano de las series complementarias, es entonces indispensable saber algo sobre la historia de la infancia. Pero, para poder comprender estos datos en su relevancia emocional potencial es indispensable incluirlos en una psicopatología del conflicto, es decir, en una teoría estructural y de la personalidad, en su sentido más amplio. En este punto, hay que dejar en cla-ro, no obstante, que una de las raíces de la primera entrevista psicoanalítica se re-monta hasta los intentos de sistematización de la teoría de la terapia, llevados a cabo en los años veinte y treinta. Finalmente, llegaremos al esquema interaccional de entrevista que desarrolló Balint en la clínica Tavistock bajo el influjo de la psicología de las relaciones de objeto y de la significación del intercambio entre mé-dico y paciente en el aquí y ahora.

Los comienzos de la medicina psicosomática en Heidelberg, después de la segunda guerra mundial, estuvieron muy determinados por la pregunta de von Weizsäcker (1943): "¿Por qué surge ahora una enfermedad y por qué aparece precisamente aquí, en este órgano o en este sistema?" Thomä (1978) describió la evolu-

ción de la técnica de entrevista de la "anamnesis biográfica", que se asocia a esta pregunta, y su posterior desarrollo en el "historial sistemático del enfermarse":

El objetivo central de la "anamnesis biográfica" (véase Ruffler 1957) era iluminar la situación de vida del paciente al momento de hacer su aparición los síntomas, y describirla con precisión, lo que se buscaba a través de preguntas. ... Además, la "anamnesis biográfica" no tenía primariamente un objetivo psicoterapéutico, o sea, el logro de cambios, sino que su meta era el diagnóstico del pasado. En esta técnica de anamnesis, la relación médico-paciente, o su expresión específica en la transferencia y la contratransferencia, no recibía especial consideración (Thomä 1978, p.254).

Las relaciones temporales entre la situación actual del paciente, los sucesos previos en su vida, el origen de sus síntomas, o la variable intensidad de sus dolencias, conforman naturalmente el punto de partida para las técnicas de entrevista más o menos sistematizadas. La tríada, "pérdida objetal, desesperanza y desam-paro", descrita por Engel y Schmale (1969), que puede ser observada en diversas enfermedades, constituye el trasfondo teórico para el tipo de diálogo sugerido por Engel (1962). Adler (1979, p.329) describe el método de Engel como una técnica para la toma de la anamnesis, que pone al médico en una situación tal, en virtud de sus conocimientos de psicología evolutiva y de teoría de las neurosis, que puede integrar al momento los datos psíquicos, sociales y somáticos y reconocer su significación.

En general, se puede sostener que la utilidad terapéutica de estas técnicas de entrevista estructuradoras, que buscan información y ofrecen insight, está determinada ampliamente por la manera como son aplicadas. Si mediante la señalización de desarrollos conflictivos típicos en su vida, se logra mostrar ad oculos al paciente algo de la dinámica latente y de sus conexiones, este método posibilitará un acceso, en particular para aquellos pacientes quienes, de otra forma, no lograrían una introspección directa de la psicogénesis de sus síntomas.

En esta técnica, el diagnóstico se apoyaba en una teoría de la neurosis más o menos bien consolidada y la conducción práctica del diálogo se orientaba en la técnica de tratamiento psicoanalítica, tal como fuera sistematizada en los años veinte y treinta. A este respecto fue decisiva la experiencia ganada en las clínicas ambulatorias psicoanalíticas. El policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín exigía mucho de la habilidad diagnóstica de los analistas tratantes, y se hizo necesario hacer comparables los hallazgos. La docencia y la investigación promovieron el desarrollo de la sistematización. En este punto, los primeros trabajos de Alexander son ejemplares. Su investigación posterior sobre especificidad en medicina psicosomática, realizada en el instituto psicoanalítico de Chicago, no hubiese sido posible sin un modelo de entrevista centrado en el diagnóstico (Alexander 1950).

La llamada "anamnesis intencionada" de Schultz-Hencke (1951), que buscaba el diagnóstico de las situaciones de intento y fracaso que desencadenan los síntomas, descuidaba el aspecto de relación y de transferencia de la primera entrevista. Las situaciones de intento y fracaso desencadenantes de síntomas, que Freud (1916-17) había introducido en la práctica y en la terminología del psicoanálisis, las

refirió Schultz-Hencke a la teoría del conflicto y estructural elaborada por él. El posterior desarrollo de esta técnica de entrevista fue descrita en detalle por Dührssen (1972, 1981) como "anamnesis biográfica".

En los últimos años, han disminuido las esperanzas de que seamos capaces de identificar constelaciones conflictuales típicas y altamente características, como las que fueron discutidas por Alexander y French (1946) bajo el término clave de "hi-pótesis específicas". La variabilidad de los patrones conflictivos psicodinámicos y su conexión más bien laxa con el cuadro clínico, en el sentido de la "inespecificidad" (Thomä 1980), han relativizado los componentes diagnósticos de la primera entrevista.

El modelo de la clínica Tavistock, en estrecha relación con la labor de Balint, acentúa la relación terapéutica en el aquí y ahora, es decir, la unidad funcional de transferencia y contratransferencia. Este modelo fue introducido por Mitscherlich, a fines de los años cincuenta, en la clínica psicosomática de la universidad de Heidelberg, donde probó ser enormemente productivo, debido a que desde el comienzo mismo del diálogo fija la atención del analista sobre los procesos actuales de intercambio entre éste y el paciente (Künzler y Zimmermann 1965). Algunos puntos importantes a considerar detenidamente al momento de hacer un resumen escrito sobre el diálogo sostenido, son:

Desarrollo de la relación médico-paciente

1. ¿Cómo trata el paciente al médico? ¿Hay algunos cambios en este aspecto?
¿Permite este punto sacar conclusiones sobre hábitos de conducta o sobre una relación con su enfermedad?
2. ¿Cómo trata el médico al paciente? ¿Algún cambio durante la entrevista?
 - a) ¿Se interesa el médico en el problema del paciente?
 - b) ¿Tiene el médico la sensación de poder hacer algo por él?
 - c) ¿Tomó nota de alguna cualidad humana que apreció, a pesar de todos los defectos del paciente?

La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes

Aspectos terapéuticos

Momentos importantes en la entrevista

En este punto se pone la atención en el desarrollo de los sucesos al interior de la entrevista, es decir, en los efectos de la transferencia y de la contratransferencia.

1. Comunicaciones sorprendidas o expresiones emocionales del paciente, actos fallidos etc., exclusiones obvias de ciertos períodos de vida o de personas de su entorno, o cosas por el estilo.
2. ¿Qué interpretaciones fueron dadas a lo largo de la entrevista y cómo reaccionó el paciente?

Hallazgos y evaluación

1. ¿Cómo se expresa el trastorno en la vida del paciente? (enumeración de los sín-tomas que se revelaron durante la entrevista, incluso aquellos que por el momento el analista vagamente sospecha).
2. Probable significado del trastorno, expresado en términos psicodinámicos.
3. Elección de terapia:

- a) Adecuación para una terapia corta (psicoterapia focal); argumentos a favor.
 - b) Eventuales argumentos en contra.
 - c) Adecuación para un análisis; fundamentación.
 - d) Rechazo de cualquier forma de psicoterapia; fundamentación.
 - e) Otras formas posibles de tratamiento
4. Próximas metas: ¿Qué síntoma considera el médico como esencial, cuál piensa tratar en primer lugar? ¿Cómo podría afectar el tratamiento de este síntoma a los demás? Consideraciones acerca de la duración y frecuencia del tratamiento.

En la sección siguiente quedará más claro aún cómo el espíritu del modelo de Balint influyó en la comprensión del aspecto terapéutico de la primera entrevista. A pesar de que el origen de este modelo -tanto en su forma inicial (Balint y Balint 1961, pp. 69-70; Balint y cols. 1972, pp.19-20), como en una forma modificada- es para muchos desconocido, en muchos lugares llegó a constituirse en el modelo guía para una concepción terapéutica de la primera entrevista.

6.3 Aspectos terapéuticos

La introducción del modelo de la clínica Tavistock cambió la concepción de la entrevista inicial: el psicoanálisis fue incorporado a la entrevista como un método terapéutico y el diagnóstico se subordinó a la terapia. Quizás deberíamos ser más cuidadosos, y decir que la función terapéutica y diagnóstica de la primera entrevista fueron ahora considerados como del mismo rango. Nuestra discusión sobre este cambio cualitativo la basamos en la obra de Balint. Aunque ciertamente muchos otros analistas han contribuido a que la función terapéutica de la primera entrevista sea adecuadamente considerada en el primer encuentro entre médico y paciente, tenemos buenas razones para concentrarnos en Balint, ya que, en el campo de la estructuración de la entrevista, su influencia entre los analistas alemanes es particularmente fuerte. El énfasis puesto en la tarea terapéutica crea precisamente esa flexibilidad que nosotros consideramos esencial, si se quiere alcanzar una postura adaptativa frente a la indicación. El hecho de que este estilo de entrevista fuera originalmente desarrollado para una forma especial de terapia, es decir, para la terapia focal, en nada reduce su utilidad para el psicoanálisis en general. Por el contrario, que en corto tiempo se logre llegar a soluciones genuinas de algunos problemas, es el criterio más seguro para pensar que conflictos más amplios y profundos podrán alcanzarse, de una manera terapéuticamente útil, en terapias más prolongadas.

A decir verdad, difícilmente otro factor ha tenido una influencia mayor sobre la conducción analítica del diálogo que la técnica de entrevista desarrollada en el marco de la terapia focal. Las consideraciones de Balint a menudo se dirigen igualmente al médico y al psicoanalista; esto subraya la amplia naturaleza interaccional de la entrevista, que puede extenderse hasta cubrir muchas situaciones diferentes. Sin embargo, un asunto central es la observación del proceso bipersonal, que Balint recalca como importante para comprender la historia de vida del paciente. La concepción de la psicología bipersonal significa que el analista crea una relación entre lo que el paciente relata y el modo como se

comporta en la situación analítica, utilizando luego diagnóstica y terapéuticamente esta relación. Correspon-dientemente, el resultado de la investigación depende del modo como el analista se comporta en esta relación profesional y de los conocimientos que de ella extrae. En último término, únicamente lo que el paciente aporta puede ser usado en el diagnóstico, aun cuando estos aportes deban ser entendidos en un sentido amplio, como "la suma total de las reacciones del paciente frente a un médico en particular, en un momento particular y en un encuadre particular" (Balint y Balint 1962, p.167). Esta situación coloca al médico y al psicoanalista en una situación teórica interesante, pero que en la práctica es difícil de resolver. La diferenciación entre la función y la tarea por resolver conduce a esta versión unilateral de interacción. Desde el punto de vista técnico, la relación de objeto en desarrollo se entiende determinada predominantemente por las necesidades internas del paciente de tal relación de objeto (véase Beckmann 1974).

El mensaje de fondo de los escritos de Balint, dirigidos a los médicos en general, y que también recibieron los psicoanalistas, es que se debe hacer el intento de utilizar "el potencial del paciente para iniciar y mantener una relación humana interpersonal" (Balint y Balint 1962, p.183) como un criterio para tomar decisiones. La recepción del ideario de Balint hizo posible que la primera entrevista, como situación psicoanalítica, fuera estructurada de múltiples maneras y aplicada en muchos campos profesionales diferentes (Junker y Waßner 1984). La reflexión sobre los parámetros de una entrevista, que necesariamente surge en cada caso individual, permitió simultáneamente un desarrollo innovativo que contribuyó a que la primera entrevista pudiera desarrollarse en diversos tipos y configuraciones (visita domiciliaria, consulta con el médico de familia, consulta de orientación psicoanalítica, etc.). Las entrevistas sin acuerdo previo, como fueron introducidas en el Instituto Sigmund Freud (Frankfurt), originalmente por razones meramente prácticas, crearon en forma imprevista situaciones nuevas que demostraron hasta qué punto el contenido de una primera entrevista está determinado por las condiciones bajo las cuales ésta se realiza (Argelander y cols. 1973). Este tipo de entrevista está dirigido a pacientes en apuro; el analista atiende al paciente en el momento de crisis, donde las posibilidades terapéuticas se encuentran circunscritas y limitadas. La oportunidad de prestar ayuda terapéutica en un plazo reducido -aná-logamente a un médico general- y así crear posiblemente una atmósfera de confian-za conducente a un análisis posterior, es poco acostumbrada para el analista, pero quizás por eso mismo importante. En todas partes donde los analistas se reservan tiempo libre para también ofrecer consultas de tiempo limitado -sea en el propio consultorio privado, o, lo que es más habitual, en las instituciones- se abre un mundo de nuevas posibilidades. Los pacientes que se aprovechan de esta oportu-nidad en su mayoría son aquellos que no encajan con los márgenes rígidos de una consulta psicoanalítica. Por esto mismo contribuyen a enriquecer el bagaje de experiencia del analista.

Mientras más largo sea el tiempo de espera para una primera entrevista psicoanalítica, mayor será la selección de pacientes que el analista eventualmente llegará a ver. Respecto a esto, hay que considerar dos aspectos desde el punto de vista psicodinámico: por un lado, con el primer paso que el paciente da al pedir una hora, se crea ya una situación terapéutica, en la que él ensaya, en su fantasía

cons-ciente e inconsciente, modelos transferenciales preexistentes sobre el analista aún desconocido. Por otro lado, la resistencia inconsciente del paciente se ve inevitablemente reforzada a causa de la frustración de la espera.

Los tests y cuestionarios previos a la primera entrevista, generalmente llevados a cabo en instituciones, conducen a una situación de estrés para el paciente, y le crean expectativas comprensibles; de modo que él llega tenso a la entrevista inicial, esperando del analista a menudo más que lo que éste está en situación de ofrecer. Es indispensable llevar tempranamente a la discusión con el paciente el tema de las distintas expectativas que surgen de los diferentes encuadres, en las instituciones y en los consultorios particulares de los analistas.

Diferencias adicionales en las expectativas puestas en la primera entrevista surgen de las disponibilidades de tratamiento, que cambian de un lugar a otro y que a menudo no son familiares al paciente. Para evitar desilusiones, la preparación adecuada sobre las metas que la conversación puede alcanzar, es un primer paso importante en la fase introductoria de la entrevista (recomendación 1). La entrevista es una situación inusual para el paciente y muchas de las conclusiones erradas que se deducen de su comportamiento en ella surgen de una preparación inadecuada. Esto queda claro, por ejemplo, en la crítica que Cremerius hace sobre la técnica de entrevista y la estructuración de la situación de entrevista empleada por la escuela psicósomática psicoanalítica francesa (Cremerius 1977a). El conocimiento previo sobre psicoanálisis de pacientes cultos y de aquellos con poca educación (Cremerius 1977a) varía tan considerablemente, que el modo de conducir la conversación tiene que ajustarse a este hecho. Un ejemplo oportuno sobre la interpretación errónea del psicoanalista del conocimiento previo del paciente lo presenta Schröter (probablemente en forma no intencional), en su ensayo sobre las reacciones específicas frente al proceso de tratamiento y la distancia social hacia el analista: "Pareciera sin embargo ser así, que los pacientes de clases inferiores se irritan típicamente más que otros pacientes por las características especiales del diálogo psicoanalítico" (1980 p.60).

Nos parece desconcertante que un autor con entrenamiento sociológico postule una forma normal de diálogo psicoanalítico que pareciera no admitir las variaciones existentes en las condiciones diarias en las cuales tienen lugar las comunicaciones del paciente. No podemos dejar pasar la rigidez de pensar que el inconsciente sólo es accesible por la vía de un diálogo psicoanalítico orientado según el estándar de la clase media alta, de la "upper middle class", particularmente cuando tenemos buenos ejemplos de cómo orientar la conducción de la entrevista de acuerdo a las potencialidades del paciente (Deutsch y Murphy 1955).

Nos parece más provechoso estudiar las recomendaciones de Balint concernientes a las condiciones necesarias para una entrevista exitosa (Balint y Balint 1961, pp.187-8), que trataremos de resumir a continuación. La recomendación 1 (véase anteriormente), que se refiere a la importancia de una adecuada preparación para la conversación, es particularmente relevante en atención a las diferencias de expectativas sociales del paciente. La recomendación 2 es crear y mantener una atmósfera apropiada para que el paciente pueda abrirse lo suficiente, de modo que el terapeuta sea capaz de entenderlo. Esta es una prueba de la capacidad del terapeuta de una activa empatía para ajustarse a cada paciente nuevo. Las dificultades también son en este punto inevitables y exigen una reflexión

continuada del aporte del analista sobre la evolución del diálogo. Los Balint recalcan esto, señalando que un médico que intenta apaciguar al paciente tan pronto como ve que éste se siente bajo presión, obtiene un material de naturaleza distinta que otro que sólo escucha pasivamente y deja que el paciente se "cocine a fuego lento", o que entrega a éste el manejo de la entrevista.

Por tal motivo, las afirmaciones sobre un paciente deben incluir siempre información sobre los parámetros situacionales creados por el entrevistador, quien ha actuado como "estímulo" sobre el paciente, en el sentido que Balint da a la palabra (recomendación 3).

Es muy importante que el psicoanalista tenga alguna idea acerca del desarrollo posterior de la relación, antes de que comience a moldearla en la entrevista. El plan concreto de la entrevista (recomendación 4) depende de si se tiene ya en vista un desarrollo posterior de la relación de entrevista en una relación terapéutica, o, si en cambio, desde un comienzo se tiene la certeza de que con este único encuentro se acaba por el momento la relación, ya sea porque se incluirá al paciente en la lista de espera o porque será derivado a otro colega. En este punto queremos interrumpir la exposición de las recomendaciones de Balint para decir algo sobre las entrevistas de derivación, es decir, sobre aquellas entrevistas que, desde un principio y por diversas razones, tienen como meta la indicación de un tratamiento que no será llevado a cabo por el analista que entrevista, sino por algún colega que éste recomienda. Estamos totalmente de acuerdo con las recomendaciones de Liberman (1972), según las expone Etchegoyen en su libro de técnica (1986, pp.73ss). La situación que éste último describe en Argentina es también válida para Alemania: habitualmente los analistas no se dan el trabajo de establecer contacto previamente con el posible terapeuta, para saber si éste está dispuesto, en principio, a recibir un paciente derivado. Creemos que entregar una lista de analistas es una falta de ética profesional, una falta de respeto al paciente y al eventual analista, si es que no un signo, casi directo, de agresión a ambos. Nosotros agregamos, además, razones propiamente técnicas, en el sentido de nuestra adhesión al punto de vista diádico: creemos que los factores relativos a la persona del analista también son relevantes en la indicación de un tratamiento. En esto no estamos de acuerdo con Etchegoyen, aunque podemos suponer que él se preocupa de que el colega sea "el mejor analista" (p.52). En lo que sí estamos de acuerdo, es que una entrevista de derivación se desarrolla en un terreno complejo, "ya que debemos obtener de ella una información suficiente para sentar una indicación y, al mismo tiempo, evitar que el entrevistado se ligue demasiado a nosotros, lo que puede poner en peligro nuestro propósito de mandarlo a un colega" (p.74).

La duración de una entrevista es otro de aquellos parámetros que se encuentran determinados tanto por las necesidades prácticas externas como por las complejidades de la interacción. Por un lado está la curiosidad científica y emocional del terapeuta y, por el otro, su necesidad de seguridad, lo que conduce a grandes diferencias en la configuración de las entrevistas.

Uno de los problemas prácticos, que a menudo no es tomado en cuenta, es el de la falta de información del paciente sobre la duración de la entrevista. Después de todo, la entrevista inicial frecuentemente sigue a una serie de consultas breves y a menudo desilusionantes con otros profesionales. ¿Cómo podría saber el paciente

que ahora puede contar con una duración de al menos 45 minutos, y con la seguridad que esto implica? Otro asunto que debe ser considerado es el problema de si el paciente debe ser informado sobre la posibilidad de un segundo encuentro, directamente al comienzo de la entrevista, o si esto debe ser decidido al final, como resultado de lo revelado por la entrevista.

Al revés, nosotros creemos que es indispensable que los analistas, sobre todo aquellos que se están iniciando en técnicas de entrevista, se den un marco fijo para la configuración de la entrevista, evitando realizar una cantidad indeterminada de sesiones correspondientes a su propio grado de inseguridad personal (recomendación 5).

Todos estos detalles técnicos, cuyos pros y contras se debaten apasionadamente, pertenecen al área que Balint intentó abarcar con el concepto de técnica de entrevista elástica. Con esto, sugiere que el analista debe ser capaz de reaccionar diferenciadamente frente a los diferentes pacientes y que no debe permitir dejarse restringir por estereotipias tales como la comprensión tradicional de la contratransferencia (recomendación 6). Podemos hablar de capacidad para la contratransferencia, cuando el analista reconoce la contratransferencia y la puede usar para efectos diagnósticos útiles (véase Dantlgraber 1982). La pregunta decisiva es: ¿Respecto de qué debe probar su valor esta flexibilidad? También aquí la pareja Balint se dirige directamente hacia los problemas para los cuales no existe una respuesta de aplicación universal, sino que deben resolverse sobre una base individual: "¿Es aconsejable, o deseable, que una consulta se restrinja a nada más que a una investigación diagnóstica, o podría incluir algún tipo de terapia, como, por ejemplo, tal vez una forma muy mitigada de psicoanálisis?" (Balint y Balint 1961, p.195). Somos de la opinión que el paciente debe experimentar en la entrevista inicial lo que un tratamiento puede llegar a significar para él; esto ciertamente ya es una experiencia terapéutica en sí misma. Pero, ver la entrevista inicial como un modelo de la terapia es una pretensión que no puede ser satisfecha. La entrevista debe ser conducida de tal manera que el paciente pueda tomar, en base a su experiencia en la primera entrevista, él mismo una decisión, si es que desea someterse a un tratamiento psicoterapéutico y si es capaz de superar los problemas inevitablemente asociados con su realización. Este esquema libera al paciente de su rol pasivo. Aunque algo de trabajo diagnóstico exploratorio es indispensable y no debiera ser evitado fóbicamente, la meta de la entrevista psicoanalítica es, después de todo, descubrir lo que le sucede o le sucedió interiormente al paciente y cómo él mismo contribuyó a su destino. Esta meta puede ser alcanzada a través de una técnica apropiada, como, según nuestra opinión, la ha descrito, en forma clara y empática, Rosenkötter:

Cuando un paciente consulta un psicoterapeuta debido a síntomas neuróticos u otras dificultades de la vida de origen psíquico, el primer contacto entre ambos no se desenvuelve, en lo fundamental, de otro modo que en otras consultas médicas; el paciente habla de sus problemas y el terapeuta intenta averiguar lo máximo posible acerca de la aparición y la prehistoria de éstos, así como sobre la historia de vida del paciente en general, con el objeto de hacerse una idea sobre la indicación y el pronóstico del tratamiento; la experiencia profesional y la habilidad para la comprensión empática influyen de manera nada despreciable en esta

situación. El terapeuta tiene que darse el tiempo suficiente, para permitir al paciente un acceso espontáneo e independiente al diálogo; debe acompañar y completar cuidadosamente el relato del paciente con preguntas pertinentes, procurando tener una actitud neutral y reservada. Debe evitar interrogatorios dirigidos, juicios categóricos e instrucciones, que tienden a llevar al paciente, en general, a adoptar una actitud de expectación pasiva y mágica hacia el médico (1973, p.989s).

Los comentarios de los Balint sobre la primera entrevista, relevantes tanto para el analista como para la psicoterapia en consultas médicas, fueron retomados por Argelander. En una serie de trabajos (Argelander 1966, 1967, 1970; Argelander y cols. 1973), se dedica a considerar la interacción entre paciente e investigador:

Al psicoterapeuta experimentado, la afirmación de Balint le dice que toda entrevista también debe ser entendida como una situación analítica y marcada por momentos específicos de transferencia hacia este entrevistador y hacia este medio ambiente, en este preciso instante. Las muy variadas comunicaciones del paciente -como la información verbal, el comportamiento mostrado, ideas inducidas en el entrevistador, etc.- se agrupan alrededor de, o, dicho en forma más precisa, cristalizan en esta relación bipersonal, el corazón del examen, como lo llamó Balint. Desde este centro de acción, ellas reciben una disposición que conduce a que el problema del paciente se despliegue de una manera característica frente a los ojos de este entrevistador (1966, p.40).

Estos puntos de vista, tematizados ya en su primer trabajo, Argelander los varía y elabora en sus siguientes investigaciones. Llevando las tesis de Balint a una agudización de ellas mismas, describe la entrevista como "una situación analítica en la cual usamos nuestro instrumental psicoanalítico también con fines diagnósticos" (Argelander 1966, p.42). Aunque se da por supuesto que el instrumental psicoanalítico se adapta a las estructuras externas especiales de esta situación analítica restringida desde el comienzo (pues debe mantener su sintonía con la realidad actual y con los procesos cercanos al yo), esta técnica de entrevista exige a menudo más de lo que analista y paciente pueden dar de sí mismos. Argelander distingue dos campos de experiencia, que intenta poner en relación: el registro de hechos objetivos y el desarrollo de la experiencia subjetiva durante la entrevista (véase Argelander 1967).

La fusión de estos dos ámbitos de experiencia, donde el ámbito objetivo queda subordinado al subjetivo, constituye el acceso específicamente psicoanalítico a la situación límite. La observación de la conducta, la interrogación sobre información "objetiva", y una forma específica de percepción, que se entiende como un comprender empático de las relaciones de objeto inconscientes, caracterizan los tres pasos importantes en esta concepción. Con la tercera función se quiere dar a entender precisamente la comprensión de los eventos en el marco del proceso, como el que tiene lugar en los análisis prolongados:

De la experiencia psicoanalítica sabemos que los transcurso psíquicos internos se proyectan (hacia afuera) en una relación de objeto y pueden ser percibidos y experimentados subjetivamente en ésta. Por esta razón, en esta situación de pri-

mera entrevista le damos la oportunidad al paciente de iniciar una relación de objeto, dejando que la forma, el contenido y la dinámica de las relaciones sean determinadas por su personalidad individual específica. Su espontaneidad queda de este modo plenamente salvaguardada. Nuestra apariencia, edad, sexo, carácter, temperamento, etc., son factores situacionales concretos que estimulan al examinado a transferir sobre el examinador sentimientos internos preexistentes, expectativas, conflictos, representaciones y fantasías (Argelander 1967, p.431).

Esta "teoría transferencial" de la primera entrevista debe su indiscutible atractivo a que, según ella, el laborioso y lento discurrir del entendimiento mutuo y de la comunicación del proceso psicoanalítico, pueden ya, en apariencia, ser captados en una primera aproximación, durante el primer encuentro, o sea, en la primera entrevista.

En la elaboración posterior de esta posición, Argelander (1970) delimitó las tres vertientes de información, que él llama objetiva, subjetiva y escénica. Esta separación es, como él mismo confiesa, algo caprichosa pero operativa en la práctica. "En la información escénica predomina la vivencia de la situación con todos sus vaivenes emocionales y los desarrollos de la representación..."(1970, p.14). El entendimiento específico que se alcanza en el reconocimiento escénico, tuvo su adiestramiento y perfeccionamiento a través del trabajo realizado por grupos-Balint, y en discusiones de casos de consultas (Argelander y cols. 1973). Las experiencias allí acumuladas subrayan que, por lo general, en una entrevista se acumula material en forma relativamente rápida, "con el objeto de llevar adelante la percepción analítica y el pensamiento analítico hasta una base operacional" (p.1004). La experiencia de los grupos-Balint fue confirmada por el encuadre de las consultas, que, a pesar de ser distinto, presenta una estructura parecida respecto a la brevedad de las entrevistas. A pesar de la muy positiva respuesta de los analistas germanoparlantes al modelo de Argelander sobre primera entrevista, no se toman en cuenta sus propias advertencias e indicaciones autocríticas: "El ejercicio del entendimiento escénico debe servir para valorar más seriamente los procesos de percepción y de pensamiento preconscientes y, por esta vía, movilizar el potencial creativo natural del analista" (Argelander y cols. 1973, p.1009). La capacidad de percepción de los procesos preconscientes puede ejercitarse y con ello producir resultados fiables:

Sin este entrenamiento, no se puede esperar más que fantasías extravagantes y especulaciones locas [...]. Este hecho debe ser suficientemente recalado, debido a que nuestra especialidad es particularmente dada a olvidar este aspecto. Los intentos fallidos son entonces cargados al factor subjetivo, manoseado hasta lo indecible, exponiendo así, eventualmente, todo el método al descrédito (Argelander y cols. 1973, p.1010).

Nuestra valoración de este estilo de entrevista se liga a los reparos del propio Argelander. Una cosa es que un grupo se consagre al desarrollo de un estilo de entrevista altamente diferenciado, bajo la dirección de un psicoanalista especialmente dotado para ello, pero otra cosa bien distinta es evaluar este procedimiento en cuanto a la factibilidad de ser enseñado y aprendido. Más allá de estas re-

flexiones, dudamos que este método, cuando se aplica en una forma demasiado purista, logre alcanzar aquellos resultados especiales para los cuales fuera diseñado, es decir, para la elección de un procedimiento terapéutico específico "orientado hacia la situación conflictual interna actual del paciente (por ejemplo, terapia breve), o hacia su disposición transferencial actual con sus necesidades, conflictos y formas de expresión (por ejemplo, terapia de grupo)" (Argelander 1966, p.41). Las indicaciones diagnósticas para determinados procedimientos terapéuticos no se pueden deducir enteramente desde el diagnóstico de constelaciones conflictuales inconscientes, como esperamos lo demuestre la siguiente discusión de la problemática de la indicación.

Lieberman (1972) plantea que la evolución de la relación en las primeras entrevistas dice algo del pronóstico del eventual proceso terapéutico futuro. Si durante la entrevista el paciente logra desplegar la crisis de vida por la que atraviesa, a través de la exposición del problema que lo trae a consultar, y el analista es capaz, junto con el paciente, de proponer algún tipo de solución positiva para este problema, se puede pensar que una eventual terapia llevada a cabo por esta pareja terapeuta-paciente tendrá una evolución favorable. Esta idea está también contenida en el esquema de Balint. Lo original de la proposición de Lieberman reside en el uso de indicadores de evolución, que él encuentra en la aplicación de instrumentos sacados de la teoría de la comunicación, de la semiótica y de la lingüística, como son los estilos comunicativos por él descritos. Lieberman plantea que estos estilos comunicativos pueden detectarse en el material y que la evolución de la entrevista puede reconocerse a través de cambios en los estilos comunicativos usados por la pareja entrevistador-entrevistado. La proposición de Lieberman configura, en realidad, un programa de investigación empírica: la validez de sus hipótesis pronósticas debería ser verificada empíricamente. Mientras eso no se produzca, tal tipo de pronósticos podrán siempre ser atribuidos a la intuición privilegiada de un clínico muy competente, pero nunca generalizados.

En los últimos años ha ido quedando progresivamente más claro que si bien la entrevista inicial es suficiente para una apreciación subjetiva (Dantlgraber 1982), el establecimiento más diferenciado de indicaciones requiere considerar factores adicionales. La indicación no puede quedarse en la mera impresión subjetiva de la adecuación de un paciente para el análisis.

6.4 El proceso de toma de decisiones

Hasta este momento nos hemos concentrado en la exposición crítica de concepciones históricas y actuales de la primera entrevista entendida como un acontecimiento simultáneamente diagnóstico y terapéutico. Al final de la sección precedente nos vimos confrontados con la pregunta sobre las conclusiones que pueden sacarse de una técnica determinada en relación al problema de la indicación. En esta sección se profundizarán las dudas que allí aparecieron, pues una literatura clínica copiosa ha ofrecido sólo pocos resultados sustanciales.

Los criterios de indicación del propio Freud eran fundamentalmente criterios de exclusión: se excluían los enfermos que no poseían cierto grado de cultura y un

ca-rácter en alguna medida confiable, como también aquellas personas que no sentían por sí mismas la necesidad de una terapia, o sea, a causa de sus problemas, sino que sólo se sometían a ella como consecuencia de la presión ejercida por sus pa-rientes. "Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección a personas que posean un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apo-yamos en él para apropiarnos de lo patológico" (1905a, p. 253). La edad también valía para Freud como un criterio restrictivo adicional, así como la necesidad de eliminar rápidamente síntomas amenazantes, como, por ejemplo, en la anorexia nervosa.

Más importantes que los criterios negativos, nos parecen ser las formulaciones positivas de indicación de Freud, que son muy poco conocidas: "La terapia psicoanalítica se creó sobre la base de enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia; y está a ellos destinada ..." (1905a, p.252; la cursiva es nues-tra). En cuanto existe un cierto "estado normal", en el sentido recién descrito, Freud no ve impedimento alguno en la gravedad de una enfermedad. Este punto de vista difiere radicalmente de las conclusiones de numerosas discusiones en mesas redondas sobre analizabilidad (véase, por ejemplo, Waldhorn 1960), donde la des-cripción del paciente adecuado puede resumirse del siguiente modo: "sick enough to need it and healthy enough to stand it" ("suficientemente enfermo para nece-sitarlo y suficientemente sano para tolerarlo"). En esto puede medirse cuán lejos está el estilo neoclásico de la concepción original de Freud sobre técnica de trata-miento.

Aun hoy en día debemos partir del supuesto de que la indicación de psicoanálisis no puede, salvo raras ocasiones, derivarse de la naturaleza de la enfermedad.

Aun-que por largo tiempo se hizo la diferencia entre neurosis transferenciales y neurosis narcisistas, esta diferencia no pudo esconder el hecho de que el establecimiento de la neurosis transferencial dice en realidad poco acerca de la tratabilidad. Antes de continuar con la enredada historia del desarrollo de los criterios de indicación, que se fue complicando a lo largo de las décadas mediante la introducción de variados términos, tales como aptitud, accesibilidad y -"last not least"- analizabilidad, que-remos señalar que, al hacerlo, describimos una tradición de pensamiento que no se originó en la práctica de Freud.

Creemos que discutir el complejo problema desde la perspectiva propuesta por Tyson y Sandler (1971), o sea, desde las dificultades de la selección de pacientes para el análisis, implica un punto de partida falso, que, aunque originado en una idea central legítima, ha conducido a una danza alrededor del becerro de oro de la técnica estandarizada ideal (véase cap.1).

El núcleo de muchas discusiones sobre la selección de los pacientes para un tratamiento psicoanalítico se refiere a que el tratamiento psicoanalítico intensivo exige, tanto por parte del paciente como del analista, grandes inversiones en términos de compromiso personal, dinero y tiempo. No por nada se ha comparado el psicoanálisis con una expedición cuyos miembros deben ser elegidos con sumo cuidado.

Si relacionamos este punto de vista con la afirmación original de Freud de que el psicoanálisis fue creado para los "enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia", se deduce que este método no tiene necesariamente éxito en todos estos casos graves y, por esta razón, es de interés

para el paciente y para el médico evaluar previamente la utilidad del método en cada caso particular. Hay que tener esto presente durante la lectura de la siguiente discusión sobre la evolución de la problemática de la indicación para un psicoanálisis con alta frecuencia de sesiones (4 ó 5 veces a la semana) conducido según la técnica estándar.

Como candidatos potenciales para su nuevo procedimiento, Freud consideró con entusiasmo a pacientes con todo tipo de variaciones de neurosis graves y complicadas que no podían ser tratados mediante "métodos terapéuticos más cómodos" (1905a, p.252). Con todo, Jones (1921) introdujo la conexión entre las categorías diagnósticas y los juicios sobre el pronóstico respectivo: 1) histeria, 2) histeria de angustia, 3) neurosis compulsiva, 4) hipocondría, 5) histeria de fijación. Los grupos 4 y 5 fueron considerados de mal pronóstico.

Fenichel (1945) tuvo la idea de relacionar el pronóstico con la severidad de la neurosis:

En general, por este motivo, la dificultad de un análisis corresponde a la profundidad de la regresión patogenética. Así, usando el conocimiento analítico sobre la profundidad de los puntos de fijación decisivos en las respectivas neurosis, éstas pueden ser clasificadas según su accesibilidad al análisis [...] (Fenichel 1945, p.574).

En la formulación "accesibilidad al análisis" se señala el método establecido por ese entonces. Sin embargo, Fenichel destacó que "al efectuar un pronóstico deben considerarse muchas otras circunstancias: la relación dinámica general entre las resistencias y el deseo de recuperarse, la ganancia secundaria de la enfermedad y la flexibilidad general de la persona" (p.575). Glover (1955) recoge el concepto de "accesibilidad" y ordena las categorías diagnósticas según sean "accesibles", "moderadamente accesibles" o "intratables".

Tyson y Sandler (1974) subrayan que con el simposio sobre "The Widening Scope of Psychoanalysis" (en 1954) se trasladó el énfasis desde los criterios diagnósticos a los criterios de "aptitud" (para el análisis). Como lo comentó A. Freud (1954b), no existe garantía de que dos personas con iguales síntomas reaccionen idénticamente frente a iguales intervenciones técnicas. Con esto se retiró el fundamento a cualquier discusión sobre indicación orientada nosológicamente. Pasó un largo tiempo antes de que el reconocimiento de la imposibilidad de predecir el resultado de un tratamiento dado en base a criterios nosológicos condujera a la conclusión de que el analista debe buscar aquellos factores que tienen un efecto positivo sobre el desarrollo del proceso psicoanalítico. Por el momento, el problema se redujo a la fórmula familiar de "formarse una idea sobre la estructura de la neurosis". El concepto de "análisis de prueba", recomendado por Freud (1913c), fue reelaborado por Fenichel (1945), pero, en el fondo, no ha sido nunca realmente adoptado. El proceso de primera entrevista, en cambio, contiene cada vez más elementos del análisis de prueba, con la intención de poner a prueba la capacidad del paciente para el manejo de las interpretaciones (Alexander y French 1946, p.98). Aunque los resultados sean a menudo muy impresionantes, persiste el temor de sobrecargar la situación inicial, con su potencial de influencias negativas sobre las decisiones de indicación.

La formulación de Mitscherlich (1967) expresa un consenso mínimo que debería permitir a un número mayor de pacientes el acceso al procedimiento psicoanalítico: "La capacidad [del paciente] de comprometerse afectivamente con un ofrecimiento comprensible nos parece el signo pronóstico más certero de que, retomando el decir de Freud, el síntoma no representa la mejor expresión de lo que el paciente puede alcanzar" (p.149). Aquí está también implícita la "habilidad" del terapeuta de hacer un "ofrecimiento comprensible". El problema de la entrevista inicial y su problemática relacionada con las preguntas que apuntan hacia la indicación, se complica con el asunto técnico de cómo convencer al paciente de cooperar con la "dirección de nuestras preguntas" (Mitscherlich 1967, p.141). La reflexión siguiente debe entonces centrarse en el para qué queremos ganar al paciente. Ya que no deseamos que nuestra exposición de los problemas derive de la dicotomía tradicional entre técnica estándar y psicoterapias analíticas, no nos basta afirmar simplemente que el paciente debe ser ganado en la primera entrevista para un trabajo en conjunto a través de un ofrecimiento comprensible. ¿Para qué metas, entonces, podemos ganar los pacientes? Bajo esta perspectiva podemos examinar, ahora más de cerca, los criterios de aptitud introducidos por Tyson y Sandler (1971) que, en nuestra opinión, implican procesos de consenso sobre las metas a alcanzar. Nuestra proposición es hablar en términos de un amplio rango de metas terapéuticas. El psicoanálisis puede sólo alcanzar plenamente su aspiración ambiciosa de ser un sendero para lograr un mejor conocimiento de sí, si este autoconocimiento se transforma en un cambio en el vivenciar, como consecuencia de una disminución de la ansiedad, y de este modo en un cambio del actuar en el sentido de metas libremente elegidas. En la afirmación de Freud (1909b): "pero nosotros no aspiramos al éxito terapéutico en primer lugar; queremos poner al enfermo en condiciones de asir conscientemente sus mociones inconscientes de deseo" (p. 98), queda implicado un postulado de cambio, que puede ser separado sólo artificialmente de los criterios de éxito tomados en un sentido estrictamente médico. La teoría psicoanalítica postula que el levantamiento de la represión y la toma de conciencia de los deseos, hasta ese momento inconscientes, tienen que traer necesariamente consigo un cambio en los procesos psíquicos. La discusión en torno de la indicación para los distintos procedimientos terapéuticos psicoanalíticos es, en el fondo, una discusión sobre las distintas metas del cambio a que se puede aspirar. La decisión de proponer al paciente un análisis de alta frecuencia de sesiones, implica la suposición de que éste puede lograr, con una cierta probabilidad, un cambio radical y profundo de sus procesos psíquicos, lo que suponemos tendrá un efecto múltiple sobre los más distintos ámbitos de vida. Al ponerse estas metas, creemos legítimo discutir críticamente las precondiciones necesarias para este tipo de proceso de cambio. La motivación, la orientación personal del paciente, su curiosidad terapéutica, su capacidad de utilizar relaciones de objeto, son factores que, entre otros, juegan un rol decisivo en la discusión actual en torno a las indicaciones de análisis. Kuiper (1968) se declara partidario de un enfoque restrictivo de la indicación y subraya, con razón, que el entusiasmo de los analistas jóvenes por la técnica estándar los conduce a su aplicación no crítica. Esto puede tener consecuencias muy desfavorables, por ejemplo, cuando un analista opina que las estereotipias de

no contestar las preguntas del paciente o el silencio del analista son componentes esenciales de la técnica estándar, y emplea estos medios en pacientes para quienes esta técnica es poco apropiada. (En institutos donde la influencia kleiniana es predominante, se da una situación totalmente distinta, que, sin embargo, conduce a resultados equivalentes. En mi experiencia, la formación de acuerdo con la concepción total de la transferencia, con el correspondiente descuido de los factores re-sistenciales, induce a los candidatos a una labor interpretativa desde el comienzo muy activa -siguiendo, por lo demás, y quizás malinterpretando, las críticas de Racker a la técnica clásica y al silencio del analista-, que muchas veces produce graves complicaciones transferenciales que el novel analista no es capaz de manejar; nota de J.P. Jiménez.) Pedimos al lector que tome nota de que es la técnica la que señalamos como poco apropiada, y no el paciente. Somos de la misma opinión de Kuiper, esto es, que la técnica estándar tiene un campo de aplicación muy limitado, aunque ponemos de relieve la necesidad de la modificación y de la adaptación en cada enfermo particular. Kuiper también menciona un motivo para la aplicación excesiva de la técnica estándar: al fin y al cabo, los analistas tienen que invertir mucha energía, tiempo y dinero en el aprendizaje de esta técnica y, naturalmente, quieren aplicar ahora lo aprendido exclusiva e intensivamente y en la mayor cantidad de pacientes posible. De este modo, las inevitables desilusiones conducen, por medio de la formación reactiva, a la desvalorización de otras fuentes de ayuda "no analíticas" (Kuiper 1968, p.261). Al mismo tiempo, la idealización resuelve las propias dudas sobre la técnica estándar: en vez de reflexionar acerca de la modificación de la técnica, se acusa retrospectivamente al paciente de ser inadecuado. Demasiadas veces sucede que las características descritas como necesarias o suficientes para la aceptación de pacientes accesibles o incluso analizables para el tratamiento psicoanalítico clásico ya son al mismo tiempo criterios de evolución del proceso terapéutico mismo:

El paciente debe tener un suficiente grado de inteligencia, capacidad de tolerar afectos dolorosos y ser capaz de sublimar. Sus relaciones de objeto deberán ser suficientemente maduras y su capacidad para enjuiciar la realidad más o menos bien formada. Su vida no debe centrarse alrededor del análisis para que no dependa indebidamente de aquél; su carácter moral y su nivel cultural deben haberle asegurado una buena posición en la vida con su reconocimiento correspondiente. ¡Podríamos vernos frente a la situación paradójica de encontrar que el paciente idealmente apropiado para análisis no tiene necesidad de él! (Tyson y Sandler 1971, p.225).

En vez de sacar la conclusión de que deben tolerarse desviaciones menores de este catálogo ideal, nos parece más apropiado examinar la calidad interaccional de aquellas "cualidades". Después de todo, el decir "strong enough to stand it" ("suficientemente fuerte para tolerarlo") se refiere a la situación analítica, que debe ser creada y mantenida por el paciente y por el analista. Kuiper cree que el problema de quién analiza a quién, de qué modo y con qué fin, debe ser tomado muy en serio. El definir lo que el analista debe y puede hacer en cada caso particular para hacer posible un proceso analítico, debiera poner fin al persistente

debate sobre analizabilidad. Bachrach (1983, pp.199-200) reduce el problema de la analizabilidad finalmente a tres clases de pacientes:

1. "Personas reflexivas con un yo básicamente confiable, que son capaces de adaptarse al rango de diferencias esperado entre los analistas y que hacen un uso productivo de sus oportunidades analíticas".
2. Pacientes con yo débil que muestran un carácter infantil y que son "incapaces de participar en el trabajo analítico".
3. Pacientes descritos por Bachrach como "borderline" (no en un sentido diagnóstico), "para quienes el destino del trabajo analítico depende en gran medida de la persona y de los talentos especiales del analista".

Aunque es claro lo que Bachrach trata de expresar con la expresión "yo básicamente confiable" para el trabajo analítico, consideramos más ventajoso y estratégicamente más apropiado examinar la configuración interaccional en todas las situaciones terapéuticas. La confiabilidad básica de la cual habla Bachrach es una ficción, igual que el "medio ambiente promedio a esperar" de Hartmann, que llevó a la psicología del yo a un callejón sin salida (Fürstenau 1964). En la misma medida en que la sintomatología fundamental se ha ido desplazando desde los trastornos circunscritos a los problemas de personalidad más difusos, ha ido cobrando cada vez más importancia la capacidad del psicoanalista de responder en forma diversificada a las necesidades y a los conflictos de cada paciente individual (Thomä y Kächele 1976). La existencia de dos técnicas complementarias, que Cremerius (1979) describió como formas polarizadas sólo por razones didácticas, es una expresión del hecho de que "los límites de la analizabilidad no son los límites del paciente y de su psicopatología, como lo afirmó Freud (1937c), sino que son los límites del analista" (Cremerius 1979, p. 587). Pensamos que el concepto de "analizabilidad" ha perdido hasta el último resto de especificidad y que sería mejor reemplazarlo por el de "tratabilidad". Si lo "analizable" se transforma en aquello que el analista puede hacer y tolerar, entonces la indicación llega a ser un tópico de discusión e investigación, pero ahora sólo dentro del marco de una fundamentación bipersonal del proceso terapéutico.

El proceso de indicación en la primera entrevista ha ido cambiando así desde la concepción estática de una indicación pronóstica a un concepto dinámico de la indicación adaptativa (Baumann y von Wedel 1981), en la que paciente y analista se encuentran expresamente referidos uno al otro. Un ejemplo logrado de esta manera de pensar lo ofrece S.H. Shapiro (1984), quien propone un esquema genuinamente psicoanalítico para la determinación del método terapéutico adecuado. En vez de un análisis de prueba, que tampoco nosotros consideramos apropiado, Shapiro introduce una fase exploratoria, en la cual él habla al paciente acerca del método de la asociación libre. Estamos de acuerdo con él cuando presenta una posible fase diagnóstica de la terapia, que ya no se entiende como análisis de prueba en el sentido convencional, cuyo objetivo era decidir la aptitud del paciente, sino donde la meta es averiguar el tipo de cambios posibles a lograr y las condiciones terapéuticas necesarias para ese efecto. El amplio marco conceptual de las formas actuales de psicoterapias analíticas permite las más variadas reflexiones, que no tienen por qué restringirse al ámbito del psicoanálisis en su sentido más estricto.

Si aplicamos a la primera entrevista psicoanalítica las recomendaciones de Balint para los médicos generales, y desarrollamos la concepción de una relación más prolongada, que se extienda más allá del contacto único de la primera entrevista, se abren muchas posibilidades de una indicación centrada en el paciente, que se orientan a diversas vías de cambio, y que el paciente puede emprender ahora o en un futuro próximo (Hohage y cols. 1981).

El análisis de los más variados factores en el problema de la indicación engloba el reconocimiento de los aspectos subjetivos en el proceso de la toma de decisión (Leuzinger 1981, 1984; Dantlgraber 1982), y la consideración de los factores institucionales bajo los cuales se desarrolla el quehacer psicoanalítico. La interacción de ambos niveles es a menudo bastante difícil de detectar, debido a que fácilmente es encubierta por las estrategias de justificación del analista involucrado.

El significado de los presupuestos teóricos para el proceso de decisión hay que tenerlo muy en cuenta; un peso aún mayor tienen las circunstancias de tipo práctico que, al igual que en los tiempos de Freud, influyen en las decisiones a tomar en el momento de la indicación. Cambios en las condiciones marginales tales como la inclusión de psicoanálisis y psicoterapias analíticas en los servicios prestados por los seguros de enfermedad, aumentan el círculo de los pacientes que pueden llevar a cabo un tratamiento. Sin embargo, en los procesos de decisión siguen jugando aún un papel significativo los factores específicos de clase, como lo demuestran los estudios empíricos relacionados con este tópico. La selección uni-lateral se esconde tras criterios de aptitud, por lo que en muchos lugares se restringe iatrogénicamente el alcance del psicoanálisis.

A través de los cambios sociales y del cubrimiento de los costos por las cajas de seguros de enfermedad, nos hemos acercado a la meta de ganar pacientes para un tratamiento analítico vía primeras entrevistas estructuradas en forma flexible, y desde un espectro social y nosológico amplio. Iniciar un análisis con personas altamente motivadas es cosa bastante fácil, aun cuando la terapia posterior se demuestre difícil. El arte de la entrevista inicial se deja ver ahí donde hay que despertar el interés por una terapia urgentemente necesaria en personas llenas de dudas. El desarrollo de las múltiples formas de terapias psicoanalíticas ha hecho necesario revisar la imagen de Freud del oro y del cobre. Hoy en día se las puede concebir y estructurar de acuerdo con las necesidades del paciente. Esto nos conduce quizás al núcleo actual de la problemática de la primera entrevista: nos encontramos en una situación de toma de decisiones frente al paciente que ya no se rige por la dicotomía familiar de psicoanálisis versus psicoterapia analítica, sino en una en que debemos considerar en qué modo y a través de qué psicoanalista (entre muchos posibles) pueden crearse las condiciones más favorables para el desarrollo de un paciente. A más tardar al final de la primera conversación, emergen las preguntas: ¿Cómo seguir adelante y cuáles son las condiciones externas de una terapia para este paciente? ¿Cómo hacer compatible el desarrollo de una terapia con las circunstancias de vida personales y profesionales del paciente? Según nuestra opinión, la actitud adaptativa frente a la indicación es la que está a la altura del nivel actual del conocimiento. Sin embargo, tal actitud no cambia en nada la enorme responsabilidad del analista frente a una terapia, no importando su duración y su frecuencia, y aun cuando se eviten aquellas dificultades

especiales que surgen del hecho de tener que determinar la analizabilidad y simultáneamente averiguar las disponibilidades a largo plazo de tiempo y de financiamiento. Somos también de la opinión de que la pregunta por la duración del tratamiento, que casi de regla surge en el momento de hacer los arreglos para un análisis, debe responderse en términos de metas deseables o posibles de alcanzar, y no en años o número de sesiones. De este modo, la información sobre la duración del análisis pierde su efecto deprimente, pudiendo el paciente tener la esperanza de que no únicamente después de uno, dos o "n" años será posible alcanzar mejorías o la curación. Ya que empeoramientos, mejorías y curaciones, es decir, el proceso analítico en conjunto, también dependen de la competencia profesional del analista, naturalmente, su duración es también una medida determinada diádicamente y que consta de muchos elementos.

El analista debe tener siempre presente el derecho del paciente a interrumpir o terminar el tratamiento en cualquier instante. Por este motivo, hay que prestar atención a sus insinuaciones implícitas en lo que a frecuencia y duración se refiere. Por otro lado, ambos participantes saben que el margen de libertad ideal del paciente se encuentra en la realidad restringido por las circunstancias externas, por los autoengaños basados en motivaciones inconscientes, y por los conflictos transferenceles y de relación propios del proceso analítico. Cuánto debiera durar idealmente un tratamiento y cuánto tiempo realmente dura, es algo que depende entonces de muchísimos factores.

En la transición desde la entrevista inicial a la terapia, es importante dejar el máximo de espacio posible a la flexibilidad y crear una atmósfera de libertad que permita el surgimiento de esperanzas (Luborsky 1984). Al mismo tiempo, hay que establecer un marco que asegure buenas condiciones de trabajo. No existe una solución sencilla para este problema. Sin embargo, podemos partir de la experiencia, aparentemente banal, de que los pacientes generalmente continúan viniendo mientras el balance entre inversión y rendimiento sea positivo. Hay buenas razones que hablan a favor de centrar la atención en la evaluación personal del paciente sobre inversión y rendimiento, y de dar así a sus decisiones la consideración que corresponde. De este modo, se puede avistar el margen de desarrollo ideal, aunque en su realización emerjan numerosas restricciones. Pero el asunto nunca queda en el mero sopesar subjetivo de los pros y de los contras. Aun un multimillonario, que se retira a una isla desierta como un moderno Robinson Crusoe con su analista el doctor Viernes y con el propósito de someterse a un análisis interminable, tendría que contar con que su analista valoriza la relación entre inversión y rendimiento en forma diferente que él mismo. No necesitamos dejarnos llevar por esta situación ficticia a otras fantasías, ya que en ninguna parte del mundo tiene el paciente solo el control sobre la inversión y el rendimiento, sobre la frecuencia y la duración del tratamiento. El analista también tiene algo que decir y, a su vez, las terceras personas, presentes en su ausencia, expresan directa o indirectamente su opinión, lo que en el caso del financiamiento ajeno tiene un efecto particularmente incisivo.

Es posible que haya enormes diferencias en la evaluación de aquello que, en aras de la brevedad, hemos denominado como inversión y rendimiento. Son tantas las combinaciones concebibles, que es imposible hablar aquí en detalle de cada una.

Nuestra elección de una terminología económica es totalmente deliberada, aunque contamos con la extrañeza del lector. No debemos permitir que el entusiasmo por el efecto frecuentemente liberador del psicoanálisis nos distraiga de las implicaciones para los allegados, así como de la inversión de tiempo y dinero. Klauber (1972b, p.99) ha llamado la atención sobre cuán drásticos pueden ser los costos en tiempo y en dinero para las terceras partes implicadas, es decir, para la familia del paciente. En Alemania Federal y en Berlín Oeste, las cajas de seguro obligatorio de enfermedad cubren los costos totales de la inmensa mayoría de los pacientes. Incluso en el caso de los llamados (en Alemania) pacientes privados (es decir, aquellos que no están afiliados a compañías de seguro obligatorio) reciben financiamiento ajeno a través de instituciones privadas de seguro de enfermedad y de ayuda estatal. Los únicos analizando que realmente pagan de su propio bolsillo son los candidatos en formación analítica. Puesto que sobre el 90% de la población se encuentra afiliada a alguna mutua de seguro obligatorio de enfermedad, para la mayoría de los pacientes que se encuentran en tratamiento analítico no existe la carga financiera. Ya en la primera entrevista estos pacientes traen su bono de atención que garantiza que los costos serán cubiertos por su caja de seguro. Volvemos a tocar este tema más adelante (sección 6.6), pero antes queremos dirigir nuestra atención hacia los parientes, quienes siempre se encuentran presentes en forma virtual, cuando no real, en la primera entrevista. La actitud del analista hacia la familia del paciente tiñe la conducción del diálogo, de modo que también en este aspecto se producen, desde el principio y a menudo imperceptiblemente, influencias en la dirección del proceso.

6.5 La familia del paciente

En vista de la sección que ahora empieza, sobre los parientes, y de la siguiente sobre el financiamiento ajeno (6.6), en el encabezamiento del capítulo hacemos alusión a los versos de Schiller en La fianza (Die Bürgschaft). En espíritu de reconciliación, Dionisio, tirano de Siracusa, dice los célebres versos: "Que yo sea, concededme el favor, en vuestra alianza el tercero" ("Ich sei, gewährt mir die Bitte, in Eurem Bund der Dritte"). [El encabezamiento alemán de este capítulo reza así: "Das Erstinterview und die Dritten im Bunde", cuya traducción literal es: "La primera entrevista y los terceros en la alianza"; nota de J.P. Jiménez.] La presencia virtual del tercero ausente, de quien hablamos en esta sección, despierta, al igual que el tema del financiamiento ajeno, un cúmulo de asociaciones, insinuadas en la alusión a los versos de Schiller, en especial en su desenlace reconciliador. El lado prosaico de todo esto es el hecho de que paciente y analista puedan fiarse, en lo que a costos se refiere, de la fianza de las compañías de seguro obligatorio de enfermedad. Al mismo tiempo, sin embargo, hay que reconocer que la intromisión de los terceros hace más difícil o deteriora la terminación conciliatoria de la terapia. Pero, basta ya de alusiones. Freud describió los primeros intentos en psicoanálisis como el "estudio del desarrollo individual del ser humano" (1940a, p.43). Ubicándose dentro de la tradición del iluminismo burgués, Freud buscó explorar las conexiones entre las

más variadas acciones del paciente y sus aflicciones internas, así como su curación, mediante el conocimiento de sí mismo. Mediante la intelección de la vida psíquica inconsciente, quería alcanzar la expansión de la conciencia individual. En esto, Freud vio una contribución esencial del psicoanálisis al iluminismo.

La petición de un tratamiento psicoanalítico debe provenir únicamente del paciente. Cualquier acuerdo tomado entre terapeuta y paciente tiene implicaciones éticas y legales. La discreción y el secreto profesional contribuyen a crear una base de confianza entre ambos participantes. Frente a la pregunta de cuándo consultar a los miembros de la familia, debemos tener en cuenta el beneficio para el paciente. Sólo en situaciones de emergencia podemos consultar a la familia sin su consentimiento, por ejemplo, cuando el paciente no se encuentra en situación de ofrecer datos anamnésticos fidedignos, necesarios para formular el diagnóstico y decidir la terapia apropiada. Tal situación de emergencia se da con pacientes psicóticos o suicidas, es decir, cuando éstos no tienen control sobre sí mismos. En otras circunstancias, el analista debe atenerse al principio de no entregar a la familia información sobre el paciente.

Por lo general, el método psicoanalítico hace innecesario involucrar a la familia del paciente. El psicoanalista confía en lo que observa en las sesiones con su paciente y parte del hecho de que, dentro de la sesión, el paciente repite con el analista los conflictos de relación con su esposa, amigos y parientes más cercanos. No necesita contacto directo con la familia del paciente, porque a través de la evolución de la neurosis de transferencia, si es que no antes, puede experimentar por sí mismo cómo el paciente se comporta con aquellas personas más cercanas, provocando inconscientemente acciones y actitudes en contra o en favor de sí mismo.

El entendimiento interaccional de la transferencia y la contratransferencia trae consigo que el analista pueda, por un lado, compenetrarse anímicamente con el punto de vista del paciente, y, por el otro, también comprender el comportamiento de sus familiares, cuyas reacciones pueden guardar semejanzas con su propia contratransferencia. El poder ponerse en el lugar del paciente y la capacidad de comprensión tienen, al menos, otra dimensión adicional, que es la del conocimiento profesional que el analista posee sobre la interacción humana. El método psicoanalítico plantea preguntas específicas concernientes a la manera de tratar a los parientes del paciente. El método depende de la relación diádica. En comparación con el modelo del "campo operatorio quirúrgico puro y aséptico", la situación se complica con la presencia real de una tercera persona. El establecimiento de una relación bipersonal trae consigo una diferenciación entre relaciones internas y externas. Si bien el método psicoanalítico es una diada, debería ser definido en forma más correcta como una "tríada menos uno", ya que una tercera persona se encuentra de uno u otro modo siempre presente, aunque ningún pariente participe en forma real en el tratamiento. La ausencia real del tercero y su presencia virtual tienen considerables consecuencias para todos los participantes. De la misma opinión era Pichon-Rivière cuando escribió: "[El] proceso psicoanalítico [es] un proceso dialéctico, en espiral, con la intervención bicorporal, pero siempre tripersonal, ya que el tercero "escamoteado", negado,

etc., de la situación triangular aparece como el "modificador del campo" (en Liberman 1962, p.VIII).

La encuesta realizada por Glover (1955) entre 29 psicoanalistas británicos, en 1938, incluye preguntas sobre lo que ellos piensan acerca del problema de los parientes y sobre cómo manejan este asunto. Por ejemplo, Glover preguntó si tenían contactos con los familiares del paciente, y, en caso de una respuesta positiva, si acaso con o sin el conocimiento de su paciente. Las respuestas dieron por resultado que "todos hablan con miembros de la familia, la mayoría contra su voluntad, y a petición del paciente. Con pocas excepciones (psicosis severas, niños), las entrevistas son concertadas con el consentimiento del paciente" (Glover 1955, p.322).

Desde entonces, en la literatura se encuentran sólo escasos indicios sobre la manera de tratar a los familiares, a pesar de que este problema tiene una vasta relevancia clínica, por el importante papel que juega en toda terapia, incluidos los análisis didácticos. En la mayoría de los análisis didácticos, los familiares de los candidatos no tienen contacto directo con el analista didacta o con el instituto, a pesar de que se encuentran interior y exteriormente profundamente involucrados en la formación. No pocas veces sucede que el otro miembro de la pareja inicie a su vez un análisis o forme sus propios grupos de discusión.

Freud confesó su "total perplejidad" frente al problema de cómo tratar a los familiares de los pacientes. Sus consejos al respecto dicen lo siguiente:

Quisiera advertir con la mayor insistencia que no debe buscarse la aquiescencia o el apoyo de padres o parientes dándoles a leer alguna obra de nuestra bibliografía, ya sea introductoria o más profunda. Lo que consigue las más de las veces este paso bienintencionado es que estalle de manera prematura la natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes al tratamiento psicoanalítico de uno de los suyos, de suerte que aquél ni siquiera podrá iniciarse. Manifiesto la esperanza de que la progresiva experiencia de los psicoanalistas los lleve a un acuerdo sobre los problemas de la técnica: sobre la manera más acorde al fin de tratar a los neuróticos. Por lo que atañe al tratamiento de los "parientes", confieso mi total perplejidad y confío poquísimamente en su tratamiento individual (Freud 1912e, p.119).

Como sabemos, Freud más tarde esperaba que sus analizandos hubiesen leído sus obras, aunque no deseaba que los parientes tuvieran acceso a la misma información. Freud contaba con la "natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes" al tratamiento. En 1917, su optimismo no se había incrementado:

El tratamiento psicoanalítico ha de equipararse a una intervención quirúrgica y, como ésta, exige realizarse dentro del marco más favorable para lograr éxito. Ustedes conocen los preparativos que suele pedir el cirujano: un lugar adecuado, buena luz, ayudantes, alejamiento de los parientes, etc. Ahora pregúntense cuántas de estas operaciones saldrían bien si tuvieran que realizarse en presencia de todos los miembros de la familia, que meterían su nariz en la mesa de operaciones y a cada corte de bisturí prorrumpirían en gritos. En los tratamientos psicoanalíticos, la intromisión de los parientes es directamente un peligro, y de tal índole que no se sabe cómo remediarlo (Freud 1916-17, p.418).

Estas declaraciones hay que entenderlas en parte sobre el trasfondo de su técnica de aquel entonces, que se concentraba en los descubrimientos del inconsciente y de la sexualidad infantil. La analogía de la situación psicoanalítica con "el campo operatorio puro y aséptico" conduce, consecuentemente, a la descripción de los parientes como una fuente de peligro. El ideal del campo puro y aséptico queda expresado explícitamente en la descripción que Eissler (1953) hace de los parámetros. Para él, la intrusión de un miembro de la familia en la situación diádica representa una desviación del modelo de la técnica ideal. Esta técnica considera a los parientes como un factor de confusión y de interferencia en un equilibrio aparentemente ideal entre el médico y el paciente.

En un trabajo anterior sobre el problema de los parientes (Thomä y Thomä 1968), sustentamos el punto de vista de que el trato "a regañadientes" con los familiares del paciente se puede explicar por dos razones, una general y una específica. La razón general para resistirse a tratar con los parientes la vemos en el deseo de proteger la "alianza de trabajo" (Greenson 1967) con el paciente. El "equipo de trabajo" entre médico y paciente (Heimann 1966, pp.333-4) sólo puede funcionar cuando la intromisión de los parientes se mantiene dentro de ciertos límites. En el esfuerzo por asegurar la discreción y ganarse la confianza del paciente, el analista empuja demasiado los parientes hacia la periferia. Richter (1970) señala además otros aspectos de la adhesión excesivamente rígida a la relación bipersonal:

Los psicoterapeutas saben a su vez, que el tratamiento de un individuo es por lo general menos arduo que el trabajo con el paquete de problemas de todo un grupo familiar. Es más fácil comprender las dificultades de un paciente único que el nudo de conflictos interaccionales de varios miembros de la familia. Y, por lo demás, es más fácil tolerar y elaborar la transferencia de sentimientos de un paciente individual, que el enmarañamiento complejo de las emociones de todo un grupo de personas agitado por tensiones neuróticas (Richter 1970, p.122).

En el trabajo citado, no preguntamos si acaso la personalidad del analista es una razón específica de su preferencia por la situación bipersonal. La contratransferencia supraindividual profesional puede conducir hacia una adhesión demasiado rígida de la situación bipersonal. Los pacientes perciben el desgano del analista frente a cambios en el encuadre, lo que estimula fenómenos específicos de transferencia y contratransferencia. Los parientes se sienten entonces aún más rechazados y su desconfianza aumenta como reacción. Se sienten los terceros excluidos y tienden a reaccionar con idealización o rechazo del analista. Esto, a su vez, depende de lo que el paciente relate de su análisis o de lo que se guarde para sí. Ya que el desarrollo de la neurosis de transferencia depende en alto grado de la técnica analítica, es muy probable que el paciente actúe intensamente fuera de la relación analítica y que el grupo de personas afectadas reaccione con contraofensivas. De este modo, la actitud contratransferencial profesional de delimitar la distancia del analista a los parientes del paciente puede ser considerada como la razón específica de su aversión a tratar con ellos.

6.5.1 El agobio de la familia

Hans Thomae (1968, p.89) acentúa que, para Freud y sus discípulos, el modo de ser de un individuo se encuentra determinado ante todo por la conjunción entre una necesidad y una constelación ambiental específica, dentro de una fase crítica más o menos delimitada. La conexión entre el destino individual del paciente y sus efectos sobre el ambiente describe la tensión entre él y su familia. Un tratamiento psicoanalítico no actúa sólo sobre el paciente, sino también sobre sus parientes. Los efectos del proceso analítico sobre los parientes del paciente deben ser tomados muy en serio.

Correspondientemente, la familia tiene un gran interés en el tratamiento del paciente. Nada es más natural que el deseo de ver al analista y de conocerlo más de cerca o, al menos, de saber algo acerca de él. Algunos pacientes, en la fase inicial de su análisis, traen a la consulta a su pariente más cercano, usualmente a su pareja, sin aviso previo y con evidente titubeo, con el objeto de lograr que ambos se conozcan, al menos en forma superficial. Probablemente, y más de los que suponemos, son muchos los parientes que alguna vez han visto al terapeuta o que han escuchado decir algo sobre él.

El interés de los parientes en el analista y en el tratamiento surge de la idea de que no sólo se efectuarán cambios en el paciente, sino también en ellos mismos. Algunos parientes intentan escapar a estos cambios alegando que el problema yace totalmente en el paciente, a quien "mandan a terapia". A menudo, empero, los parientes perciben que el proceso de desarrollo de uno también afecta a las personas alrededor de él, lo que hará cambiar las relaciones entre ellos.

Grunberger (1958) ilustra los nexos entre las líneas de desarrollo mediante el cambio en la estructura del superyó del paciente. La modificación en la estructura del superyó, que el proceso psicoanalítico necesariamente trae consigo, conduce a un trastorno de los arreglos existentes y que hasta ese entonces habían regulado la convivencia familiar.

Lidz y cols. (1965; Lidz y Fleck 1985) han descrito en forma impresionante cuán estrechamente entrelazados se encuentran los conflictos psíquicos de los pacientes graves con los problemas psíquicos de sus familiares. Es precisamente cuando los familiares del paciente se encuentran también emocionalmente perturbados, o al menos contribuyen a la mantención de la neurosis del paciente, cuando los motivos inconscientes pueden conducir a que ofrezcan sólo un apoyo parcial al tratamiento. En tal caso, el analista debe considerar si la meta de la terapia no debiera ser el conflicto interpersonal, aunque entonces se plantee el problema de si los miembros de la familia tendrían que ser incluidos durante una cierta fase de la terapia, o si el tratamiento indicado sea más bien una terapia de pareja o una terapia familiar, debiendo abandonarse el encuadre bipersonal.

A menudo, el paciente toma decisiones importantes concernientes a su vida profesional y privada en base a lo que ha descubierto de sí mismo en el análisis.

Cuando esto sucede, es esencial que el analista dé a los parientes del paciente la sensación de que es consciente de la carga a que estos están expuestos y que reconoce las repercusiones que el tratamiento psicoanalítico tiene también en ellos. Según nuestro parecer, esto significa no sólo pensar en los conflictos intrapsíquicos, sino considerar también las relaciones del paciente con las demás

personas, con el objeto de lograr un equilibrio entre lo interno y lo externo, entre las relaciones interpersonales y las relaciones de objeto intrapsíquicas. Este cambio positivo en la actitud del psicoanalista hacia la familia del paciente y su situación ambiental, ha modificado el manejo de este problema en el psicoanálisis en la dirección recién descrita. La no consideración de los aspectos reales de la relación de pareja, como por ejemplo, el grado de psicopatología del miembro que no está en tratamiento, y la interpretación sistemática y rígida de las alusiones al tercero como una mera proyección de aspectos internos, puede conducir, especialmente en el caso de situaciones de crisis, a graves confusiones en el paciente o a serias reacciones depresivas.

Sólo pocos estudios empíricos se han publicado sobre cómo cambian la pareja o los miembros de la familia durante o después de un tratamiento psicoterapéutico. En un estudio realizado por Kohl (1962) en 39 pacientes hospitalizados y con trastornos psicóticos severos, se pudo comprobar que todas las parejas de los pacientes también sufrían de alguna u otra forma de enfermedad mental y que ponían en peligro el éxito de la terapia. Bolk-Weischedel (1978) relativizó esta afirmación. A través de un estudio catamnésico semiestructurado, realizado en las parejas (15 mujeres y 35 hombres) de 50 pacientes tratados ambulatoriamente, ella encontró que 13 individuos pudieron liberarse de sus síntomas anteriores mediante cambios estructurales positivos simultáneos durante el tratamiento de su pareja. En cambio, 11 cónyuges, que previamente no mostraban síntomas, tuvieron problemas, de los cuales 6 tuvieron un desarrollo estructural ulterior positivo. Durante el tratamiento, 10 cónyuges sufrieron tanto que a su vez tuvieron que consultar o someterse a tratamiento. 10 pacientes decidieron separarse o divorciarse durante el curso del tratamiento; esto corresponde al porcentaje de divorcio durante el tratamiento psicoterapéutico presentado por Sager y cols. (1968). La mayoría de estas parejas divorciadas no se arrepintieron del paso dado. Bolk-Weischedel interpreta este surgimiento o alteración de síntomas como un indicador de la inestabilidad inducida por el tratamiento, que precisamente hace posible los desarrollos progresivos.

6.5.2 Algunas situaciones típicas

Para tratar con los familiares del paciente se requiere una gran sensibilidad. El principio fundamental se orienta siempre según la línea conductora de crear una situación terapéutica que permita al paciente tener confianza en la terapia y en el analista. En otras palabras, al tomar nuestras decisiones nos orientamos según el principio de que, en todo lo que hagamos, deben siempre crearse "las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo" (Freud 1937c, p.251) del paciente. Ocasionalmente, en ciertos casos la inclusión de uno o más miembros de la familia puede promover el proceso, es decir, contrarrestar la estagnación del proceso psicoanalítico. Aquí no se trata solamente de la ampliación de la base de observación para obtener más información, sino de concentrarse adicionalmente en el nivel interpersonal entre el paciente y sus parientes. La observación de esta interacción sirve a propósitos diagnósticos (por ejemplo, debe evaluarse la

dimensión de la situación de dependencia real), como también al ejercicio de la influencia tera-péutica.

Hay básicamente tres situaciones en las que tenemos que adoptar la decisión de tomar o no contacto directo con los miembros de la familia de un paciente:

- durante la primera entrevista,
- en relación con una situación de emergencia (accidente, peligro de suicidio, inter-namiento hospitalario),
- a lo largo del tratamiento.

Es bien sabido que la entrevista inicial puede tomar muchas formas. Un elemento esencial en la valoración de la condición del paciente es el comportamiento de los parientes: si es que éstos no se hacen presentes, o se quedan en un segundo plano (fuera del edificio o en la sala de espera, etc.), o si se las arreglan para entrar simultáneamente con el paciente a la sala de consulta. De acuerdo con la actitud del analista existen varias posibilidades de dar forma a esta situación. Los parientes que permanecen en un segundo plano y que titubean acercarse al analista, se verán reforzados en su circunspección. Aquellos que aparecen de improviso son a menudo rechazados con neutralidad analítica y distanciamiento profesional. Se puede perder así la oportunidad de reconocer la dinámica interpersonal y analizarla con ojo de experto. Por diversas razones, es difícil que el analista se comporte de un modo natural (Heimann 1978).

Es sabido que algunos pacientes deciden separarse o divorciarse durante el curso del tratamiento psicoanalítico. El paciente y su pareja saben que su matrimonio puede ponerse en peligro, de lo que a menudo se previenen buscando un terapeuta de cuyo matrimonio propio los amigos que lo recomiendan dicen que es estable. Al revés, pacientes que mantienen relaciones extramatrimoniales tienden a buscar terapeutas con modos de vida similares, porque creen que esos terapeutas podrán entenderlos especialmente bien. El paciente y su pareja acuden también con estas apremiantes preguntas a la primera entrevista.

En la primera entrevista preguntamos acerca de las personas significativas (Bezugspersonen) del paciente, distinguiendo entre las actuales y las del pasado. Al comienzo de la terapia es útil visualizar cómo las personas significativas reaccionan frente al tratamiento. Lo que los parientes o las amistades reporten de sus propias experiencias terapéuticas pasadas tiene una influencia decisiva sobre la actitud inicial del paciente frente a su propia terapia. Al proporcionar información sobre el tratamiento psicoanalítico, el analista puede responder algunas preguntas apremiantes.

Cualquier contacto con algún familiar debe ser discutido con el paciente. Las situaciones de emergencia forman una excepción a la regla habitual. Estas situaciones de emergencia pueden descubrirse ya en la entrevista inicial o revelarse en el curso del tratamiento. Las tendencias suicidas en el marco de un episodio psi-cótico demandan acciones rápidas, que a menudo requieren la cooperación de la familia del paciente. Pocas veces se da el caso de dar a un paciente una orden de hospitalización psiquiátrica en contra de su voluntad. Normalmente podemos lograr su propio consentimiento, aunque a menudo solamente sea con la ayuda de su familia.

La entrada de un pariente en la situación de tratamiento se puede dar respondiendo al deseo del paciente o del analista, como también al deseo de la pareja. La

respuesta a la pregunta de qué es lo que precipita la interacción con los parientes (aparte de las situaciones de emergencia), nos lleva a la definición del paciente ideal: alguien con la capacidad y con la voluntad de traer la parte neurótica de sus trastornos de relación a la transferencia con el analista de tal modo, que sus conflictos se reproduzcan y puedan ser resueltos con éste. En otras palabras, alguien que sufre, pero que elabora sus conflictos en el análisis. Las reacciones de los parientes dependen, por supuesto, de cómo el paciente transmita las experiencias que tiene en el análisis. El método psicoanalítico requiere una alta capacidad de introspección de parte del paciente y también de su familia. Sin embargo, a menudo no se dan inicialmente estas capacidades en todos los involucrados. El progreso de un tratamiento puede, también en un pariente, movilizar algo que ninguno de los dos es capaz de sobrellevar: entonces, uno de los dos miembros de la pareja pide ayuda al analista para superar este problema.

En toda consideración sobre el tipo de ayuda que puede ser ofrecida por el psicoanalista, debe tenerse en cuenta que la situación terapéutica hace revivir modelos de comportamiento infantil tanto en el paciente como en sus parientes. Este hecho nos obliga, en caso de citar a un pariente, a sopesar muy cuidadosamente lo que decimos y cuánto decimos. Si se habla a solas con un miembro de la familia, tenemos que contar con el hecho de que cada palabra y cada información que demos al pariente va a ser retransmitida al paciente de manera más o menos incompleta y subjetiva.

Si por algún motivo decidimos no tener una conversación entre los tres, es recomendable entonces comunicar al paciente lo que hemos dicho a su pariente. Meninger y Holzman (1958) prefieren hacer esto antes de conversar con el familiar; probablemente, esto no es decisivo para la reacción del paciente. Más importante es tomar la decisión de hablar con los dos conjuntamente. Así se reduce el riesgo de que la información sea distorsionada, pero por otro lado se sucumbe a la tentación de considerar como objetivos los datos y descripciones que el paciente ofrece sobre sus relaciones. Al respecto, Greenacre opina:

Mientras es indudablemente verdadero que la visión de la situación total del analista puede en ciertos puntos verse seriamente restringida por su necesidad de trabajo microscópico o por una sobreidentificación con el paciente, esto parece conducir a la larga a distorsiones menores [...] que si el analista sucumbe a la presión de información externa, la cual a veces es en lo más mínimo objetiva (Greenacre 1954, p.682).

Greenacre sigue el principio de nunca dar o recoger información específica concerniente al paciente sin su claro conocimiento y consentimiento y de sólo hacerlo a petición de él.

A continuación, queremos exponer algunas consideraciones sobre este punto. El manejo con familiares crea dos tipos de complicaciones para la técnica psicoanalítica: las del interior hacia el exterior y las del exterior hacia el interior.

Si el paciente no logra incorporar sus conflictos en la relación transferencial, éstos se manifiestan repitiéndose más allá de la transferencia, en todas sus actividades y relaciones de vida. Esta compulsión a la repetición fuera de la situación terapéutica reemplaza el impulso a recordar y es actuada principalmente dentro de la familia. El analista tiene entonces que discernir si el paciente evita con esta

actuación la reelaboración dentro de la relación médico-paciente usando a sus parientes como sustitutos, o si su actuación es tan egosintónica que el paciente no logra incluir sus padecimientos en la relación transferencial; sea cual fuere el caso, la influencia terapéutica se encuentra obstruida. A menudo, en ciertos casos es difícil obtener claridad. Incluso si definimos la actuación sencillamente como aquellas formas de comportamiento fuera de las sesiones que reemplazan al recuerdo y a la reelaboración dentro del análisis, o sea, que representan repeticiones a través de la acción, el tipo de relación del paciente con su pareja determinará en parte, por ejemplo, cuánto relatará el paciente a sus parientes sobre su análisis. La adecuada información de la pareja garantiza el carácter confidencial de la relación del paciente con el analista, pero asegura a su vez la lealtad frente al pariente. Si un paciente, en forma inadecuada, habla demasiado de su análisis, es posible que sus parientes se angustien y se sientan tentados a intervenir. Por otro lado, si un paciente informa poco acerca de la terapia a sus parientes, éstos se sentirán excluidos y cualquier escepticismo previo frente al analista se verá de este modo reforzado. Esta actuación debe ser prontamente interpretada si se quiere inducir un cambio en el comportamiento del paciente. A menudo sucede que la angustia del paciente, por ejemplo, el sentimiento de culpa de cambiar mientras que su pareja no tiene la posibilidad de hacerlo, lo tiene tan acosado, que no es posible lograr un avance en el tratamiento. En este caso, hay que ceder al deseo del paciente y citar a la pareja a una sesión aclaratoria. Una conversación de este tipo puede ser muy efectiva en una situación en que el paciente se siente presionado por el sentimiento de exclusión de los parientes.

También aquí vale diferenciar si la inclusión de un pariente corresponde al deseo del paciente, o si el familiar busca el contacto hacia el analista motivado por sus propios miedos. Si un paciente se retrae en el análisis, relatando poco acerca de éste a sus parientes, esta conducta puede reforzar la posición excéntrica de sus familiares. Ellos se sentirán, con razón, como terceros excluidos y tenderán a la con-trarreacción. Estas complicaciones son especialmente delicadas, porque, por una parte, debemos proteger las regresiones del paciente y, por la otra, un retiro exagerado en la diada infantil puede corresponder a una tendencia regresiva demasiado intensa por parte del paciente. Debemos dilucidar cuidadosamente la disposición del paciente de excluir la realidad externa y debemos, a veces, frenar su tendencia demasiado intensa a la regresión mediante intervenciones técnicas (por ejemplo, mediante la confrontación con la realidad). Si esto no resulta y un pariente interviene desde afuera en el interior del proceso terapéutico, una conversación conjunta puede distender la situación. Por otro lado, puede darse el caso en que lo conveniente sea tratar de proteger la relación bipersonal y la tensión emergente deba ser tolerada.

Hay que poner especial atención cuando la pareja o el paciente manifiestan el deseo o la exigencia de que la pareja debiera someterse igualmente a una terapia. Junto con tomar en cuenta los sentimientos de culpa del paciente, hay que considerar si acaso este deseo del pariente puede ser expresión de celos, envidia, indefensión o deseo de venganza. También es posible que debido a los progresos en el tratamiento del paciente se despierten en la pareja deseos de ayuda terapéutica hasta ahora reprimidos, los que deben ser tomados muy en serio. De

vez en cuando, el analista tiene que clarificar si la terapia individual no debiera transformarse en una terapia de pareja. En tal caso, la temática de la relación interpersonal relegará los conflictos intrapsíquicos individuales a un segundo plano. Un gran número de estas terapias de pareja son la continuación directa de terapias individuales (Bolk-Weischedel 1978). A veces también puede ser indicado proponer al pariente una terapia separada o dirigirlo a otro analista. Esto último es preferible si la pareja está considerando una separación.

Aunque el problema de los parientes parece encontrarse descuidado en la literatura, creemos poder discernir una tendencia hacia la incorporación de los fami-liers en el plan de terapia. Esto resulta en parte de la ampliación del espectro de indicación para el psicoanálisis. Entre aquellas personas que buscan tratamiento encontramos una proporción mayor de pacientes con problemas del desarrollo, per-sonalidades narcisistas, casos fronterizos y psicóticos. Junto a los pacientes con problemas adicionales de alcoholismo y drogas, se dan ante todo problemas ma-trimoniales, con todas sus consecuencias. Correspondientemente, la encuesta de la Asociación Psicoanalítica Americana en 1976 reveló un incremento en el número de técnicas derivadas del psicoanálisis que incluyen terapias familiares y de pareja (Pulver 1978). El arreglo terapéutico incorpora entonces a los parientes de manera creciente.

La inclusión de los parientes no sólo se hace necesaria en los tratamientos de niños, con psicóticos o con pacientes con un yo insuficientemente estructurado, sino también en algunos neuróticos obsesivos. Por ejemplo, tanto un amigo como la pareja misma pueden servir como "yo auxiliar" (véase Freud 1909d, p.139). Por otra parte, también la actitud del analista ha cambiado en los últimos años, para centrarse en forma creciente más en el paciente que en el método, po-niendo también mayor atención sobre la familia y el medio ambiente. La visión de conjunto de Pulver (1978) contiene indicios sobre una mayor flexibilidad. La clientela modificada exige tratamientos modificados, poniendo así un mayor énfasis en las relaciones interpersonales.

6.6 Financiamiento ajeno

6.6.1 El psicoanálisis y el sistema alemán de seguros de enfermedad

Prácticamente todos los pacientes de la República Federal de Alemania (RFA) que consultan a un psicoanalista están afiliados a una mutua de seguros de salud. Sobre el 90% de la población se encuentra bajo un régimen de seguro obligatorio. Por el momento, las personas que ganan aproximadamente más de DM 4000 men-suales no están obligados a asegurarse por la ley contra el riesgo de enfermedad y se aseguran voluntariamente en una mutua de salud privada. Al momento de la primera entrevista, la mayoría de los pacientes no tienen una idea clara si la mutua de seguro se hace cargo de los costos del tratamiento, o hasta

qué monto se extiende el reembolso de los costos. Solamente aquellas pocas personas precavidas que planifican a largo plazo y que han considerado por un tiempo ya la posibilidad de un psicoanálisis, hacen averiguaciones previas y tienen un plan de financiamiento realista. Pero aquellos que son miembros de las distintas compañías de seguro obligatorio han sido enviados generalmente por el médico de familia, y consultan bajo la suposición de que el poseer un bono para el especialista les significa ser atendidos gratuitamente. Saben que tienen el derecho básico a un tratamiento gratuito por un médico de su libre elección, pero la mayoría tiene una idea extremadamente vaga sobre psicoterapia y psicoanálisis.

Pocos pacientes, de entre los enviados como de entre los que consultan por su cuenta, saben que la psicoterapia dinámica y la psicoterapia analítica son reconocidas por las cajas de seguro y que el analista recibe una bonificación de acuerdo a una escala fija por los servicios prestados. Correspondientemente, la inseguridad es grande y se acompaña de un amplio espectro de reacciones complementarias. Los depresivos tienden a suponer que la psicoterapia analítica no es reconocida por su caja y que ellos no serán capaces de afrontar los gastos por sí mismos. Otros dan por hecho un tratamiento gratuito de sus problemas emocionales y maritales, incluso cuando éstos no puedan ser concebidos como enfermedad. Los pacientes enviados a una clínica psicoanalítica ambulatoria preguntan a la secretaria cómo se encargan de los costos las mutuas de salud. Todas las personas con seguro obligatorio de enfermedad, es decir, aproximadamente el 90% de la población, saben por consultas médicas anteriores que el bono de atención para el especialista les garantiza un tratamiento gratuito. Al médico no le está permitido cobrar a estos pacientes un honorario adicional, más allá de la bonificación entregada por la mutua de seguro.

A más tardar al ponerse de acuerdo con una terapia, si es que no antes, es conveniente informar al paciente sobre el conjunto de normas que rigen en el caso del tratamiento analítico, inclusive el pago dentro del contexto de las compañías de seguro obligatorio o de las privadas. Debido a que el asunto es muy complejo y a que inmediatamente se mezcla con significados subjetivos e inconscientes atribuidos por el paciente, el analista no debería limitarse a proporcionar sólo información restringida. El debe estar al tanto sobre el modo como la asistencia psicoterapéutica de la población se encuadra dentro del sistema alemán de seguros de enfermedad. Consideramos esencial informar al lector sobre las normas actuales, aunque éstas sólo representan el marco externo de la terapia. Es extraordinariamente importante que el paciente y el analista estén informados sobre el papel de la tercera parte en el financiamiento ajeno, el así llamado "third party payment", y esto a un nivel objetivo, para poder tener claro el significado inconsciente de estas terceras partes y el juego recíproco entre lo que sucede al interior y al exterior de la terapia. Si no se dan informaciones aclaratorias y se descuida interpretarlas continuamente, surgen confusiones que dificultan el proceso analítico.

Debemos familiarizar al lector con hechos banales sobre el modo de pagar y con las normas actuales que regulan la aplicación de la psicoterapia analítica dentro del sistema de seguros alemán. Mientras menor sea el conocimiento del paciente y del analista sobre el marco legal y su desarrollo histórico, más difícil se hace

poder analizar los multifacéticos significados inconscientes ligados al financiamiento ajeno.

En cualquier tipo de financiamiento ajeno, sea por la mutua de seguro o por los parientes, se originan complicaciones que tienen tanto aspectos externos e internos, como materiales y psíquicos. Está claro que en primera línea nos referimos a la situación en la RFA, aunque no nos dirijamos exclusivamente al lector alemán. El reconocimiento del psicoanálisis como una forma válida para el tratamiento de enfermedades mentales, ha conducido en muchos países a que las cajas de seguro cubran los costos. Esto se refleja inequívocamente en el uso internacional de los términos ingleses como "third party payment" ("financiamiento por terceras partes") y "peer report" ("peritaje hecho por un igual"). Naturalmente, las soluciones que se ha encontrado para la forma de pago a través de las compañías de seguro, que implican la presentación de una solicitud de tratamiento por parte del analista tratante y un procedimiento pericial por un segundo analista, varían considerablemente de país en país, pero creemos que ciertos problemas típicos son universales, de modo que los analistas de todas las nacionalidades pueden recoger algunas ideas sobre técnica de esta sección. Nuestro conocimiento de la situación en distintos países nos han convencido de que en la RFA (es decir, un país cuya historia a menudo no se ha caracterizado precisamente por una tendencia hacia los compromisos exitosos) se ha podido solucionar de buena forma este asunto del financiamiento ajeno del tratamiento analítico a través de mutuas, de modo que permite un amplio margen de flexibilidad para cada caso individual. El "third party payment" y el "peer report system", que durante más de un decenio ha probado en la RFA su eficacia, está ahora atrayendo el interés en muchos otros países (Cooper 1984a; Rudominer 1984). Por esta razón, nuestra experiencia merece la atención internacional.

Algunos críticos extranjeros como Parin (1978), Parin y Parin-Matthèy (1983b) y Mannoni (1979) no se dieron el trabajo de examinar el sistema de la RFA en detalle antes de condenarlo. Lohmann (1980), de ningún modo un amante del psicoanálisis institucionalizado, repudió la aseveración de Mannoni (de la escuela de Lacan) de que hay una conexión entre socialización y financiamiento, calificando de ignorantes y grotescas muchas de las críticas de esta autora. Ceteris paribus, los argumentos de Lohmann pueden también aplicarse a los prejuicios ideológicos de Parin (1978) en contra de la conducción del psicoanálisis en el contexto del sistema de cajas de seguro en la RFA. También de Boor y Moersch (1978) opusieron argumentos objetivos en contra del punto de vista de Parin. Las discusiones entre representantes de varias asociaciones psicoanalíticas europeas en los últimos años han señalado lo difícil que es asimilar la información y desmantelar los prejuicios. Groen-Prakken (1984) ha presentado un resumen del debate. Esta autora subraya la innegable ventaja de que en algunos países los pacientes puedan ahora obtener un tratamiento psicoanalítico independientemente de sus medios financieros. En términos generales, sin embargo, predomina la preocupación por la temida interferencia de parte de los proveedores del financiamiento. "Intromisión", y no "facilitación", es la palabra más frecuente en el vocabulario de estas discusiones. Debido a que el financiamiento ajeno puede ser sobrellevado por diversas agencias (compañías de seguro de enfermedad, el Estado o el servicio nacional de salud), las diferentes partes negociadoras y

contractuales son diferentes de país a país. Pero, en el mundo occidental se puede partir de la base de que los regímenes democráticos o las compañías de seguro, que deben estar al servicio del bien común, respetan la relación médico-paciente de acuerdo con las prescripciones sobre la protección del secreto de los datos y del juramento hipocrático, y no están, en principio, interesadas en la intromisión en la esfera privada y en el quebrantamiento de los mandamientos de la discreción. Lo importante entonces es encontrar soluciones al financiamiento ajeno de manera que, por un lado, se garanticen los derechos del individuo y, por el otro, sean compatibles con los estatutos legales de las mutuas de seguro. El debate internacional actual del financiamiento ajeno nos remite vívidamente a las controversias previas a la introducción del sistema actual en la RFA. Gracias a los esfuerzos de algunos médicos, incluyendo algunos analistas, fue posible establecer, entre la Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; la organización gremial nacional de los médicos que regula los asuntos de salud pública y el pago de los honorarios médicos) y las cajas de seguro, un contrato transparente, con normas claras, que excluyen interferencias manipulativas, poniendo las psicoterapias analíticas al alcance de los miembros de las mutuas en una dimensión que antes era impensable. Hasta bien adentrados los años sesenta, y siguiendo el ejemplo del policlínico del instituto psicoanalítico de Berlín (1920-1933), los psicoanalistas trataron en forma prácticamente gratuita a no pocos de sus pacientes, por un sentido de responsabilidad social (de Boor y Künzler 1963). A continuación, discutiremos el marco externo del sistema de financiamiento ajeno por las compañías de seguro de enfermedad. El paciente asegurado no paga los honorarios directamente y no recibe una cuenta; el analista percibe los honorarios de la sucursal de la KBV a la que él pertenece. Sin embargo, el paciente tiene una considerable participación monetaria en esta transacción debido a que durante años ha pagado a su compañía una parte sustancial de lo ganado en la forma de un seguro de salud general, que incluye la eventualidad de una enfermedad cuyos costos sean mayores que la capacidad particular de pago. Un afiliado típico a una de estas cajas paga alrededor de DM 5000 anualmente. Con el pago de estas cuotas éste se ha asegurado un tratamiento médico gratuito. Hay que destacar que el derecho del paciente a una indemnización legal no se dirige al Estado sino a la compañía de seguro de enfermedad, institución que data desde la reglamentación del sistema de seguros implantada por Bismarck. El sistema de seguro social de la RFA es supervisado por el Estado, pero no es un servicio nacional de salud, como, por ejemplo, el sistema de Gran Bretaña. El paciente sabe cuánto se le deduce de su salario o de su sueldo como contribución a su mutua de seguro, y puede también hacer los cálculos de lo que ha pagado a lo largo de los años y cuántas veces ha utilizado los servicios de la mutua. El paciente tiene derecho a la libre elección del médico. Del mismo modo como las compañías de seguro obligatorio de salud conforman en conjunto una entidad corporativa, prácticamente la totalidad de los médicos son miembros de la KBV.

Los honorarios por servicios médicos son negociados entre estas dos organizaciones corporativas. Expresado en forma simple, esto significa lo siguiente: las compañías de seguro tienen el deber de pagar a través de las asociaciones médicas regionales, que en su conjunto conforman la KBV a nivel nacional. Los

médicos tienen, a su vez, el deber de prestar atención médica a los miembros de las mutuas de seguro obligatorio, es decir, a más del 90% de la población. Las asociaciones regionales de la KBV representan los intereses de los médicos en las negociaciones con las compañías de seguro. Obviamente, cada acuerdo tomado sobre el monto de los honorarios médicos significa compromisos negociados sobre una plataforma política y considerando la situación económica general. Como lo mostraremos más adelante, las regulaciones actuales específicas para la psicoterapia analítica y la orientada psicodinámicamente, incluyendo las pautas sobre el pago, representan, en muchos aspectos, uno de estos compromisos. La mayoría de los analistas son reticentes a ocuparse de estos temas, lo que, naturalmente, tiene el efecto de hacer aparecer la materia más complicada de lo que realmente es. La presencia virtual de la tercera parte que financia el tratamiento es considerada como una fuente de interferencia del proceso psicoanalítico, concebido idealmente como una diada pura. Por este motivo, no es de extrañar que la nostalgia sobre mejores tiempos pasados, donde la fijación de honorarios era asunto netamente privado, aumente con la socialización del financiamiento ajeno.

Las ventajas del antiguo sistema son ciertamente exageradas. El verdadero estado de cosas se puede apreciar en la situación de aquellos países donde la psicoterapia aún no es pagada por las compañías de seguro de enfermedad. Los buenos tiempos pasados eran, en lo que a la atención psicoanalítica se refiere, en realidad, buenos sólo para una proporción ínfima de los enfermos. Para la mayoría, eran malos tiempos. En todos los países donde las cajas de seguro aún no contribuyen con el financiamiento de los costos del tratamiento psicoanalítico, y, en el caso de hacerlo, sólo en forma insuficiente, sólo las personas solventes están en condiciones de costear un psicoanálisis. En tal caso prevalecen aún las mismas condiciones que Freud lamentó en su famosa alocución de Budapest al final de la primera guerra mundial, es decir, el hecho de que amplios estratos de la población sufren de neurosis severas sin que nada se haga al respecto. Al mismo tiempo, dijo que puede preverse que "alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica" (Freud 1919a, p.162).

En algunos países occidentales la predicción de Freud se ha cumplido, al menos parcialmente, y el financiamiento ajeno ha llegado a ser un aspecto técnico muy discutido, como lo señalan las controversias de los últimos decenios. Es, con todo, sorprendente que el financiamiento ajeno haya llegado sólo hoy en día a ser un problema, ya que los enfermos graves sin altos ingresos obtenidos antes de enfermar, las dueñas de casa, los adolescentes y los niños sin bienes heredados, siempre han dependido del apoyo de terceras partes. El grupo más grande y los más dependientes del financiamiento externo lo constituyen los niños y los adolescentes. En esta sección, al igual que en el resto del libro, nos restringiremos al tratamiento de adultos. Por este motivo, queremos aquí recalcar, especialmente, la enorme importancia que reviste el hecho de que la psicoterapia de niños y adolescentes se encuentre incluida en el marco de los acuerdos tomados entre las compañías de seguro de enfermedad de la RFA y las organizaciones de los médicos. La provisión de los medios financieros también asegura la terapia de los ni-

ños que dependen económicamente. El tratamiento precoz de las crisis propias del desarrollo y de estructuras neuróticas in statu nascendi, se hizo posible por la introducción de las psicoterapias psicodinámicas y analíticas en la atención de las mutuas. Queda claro que el tratamiento precoz de las neurosis infantiles en el momento de su formación tiene un enorme significado profiláctico y psicosocial. Las complicaciones que pueden surgir de la dependencia de un esposo, de parientes más cercanos o de conocidos adinerados, incluso cuando existe la obligación legal de dar ayuda económica, serán discutidas en la sección 6.6.2. Otros problemas técnicos pueden surgir cuando pacientes independientes en lo financiero pagan de su propio bolsillo con dinero que no han ganado por sí mismos. El hombre de los lobos es un buen ejemplo de esta situación. Originalmente muy rico, empobreció durante la revolución rusa; sin embargo, luego de su emigración, Freud continuó su tratamiento en forma gratuita e incluso lo ayudó en forma in-directa. Creemos que la mayoría de los pacientes, y con esto también los analistas, han dependido siempre del financiamiento directo o indirecto por terceras partes.

Por razones obvias, se idealizó la autonomía de pago de una minoría. En aquellas personas que genuinamente financian su propia terapia se omiten muchas de las complicaciones que inevitablemente acompañan la dependencia económica de un tercero. Por esto, el proceso analítico ideal (con una meta "interminable") fue concebido con un paciente ficticio que ha demostrado tener en su brillante vida profesional buenas funciones yoicas, aunque limitadas neuróticamente, y que puede pagar adecuadamente a su analista por sus propios medios. Incluso el llamado paciente privado, es decir, el económicamente independiente, hace hoy en día uso, como algo normal, del financiamiento ajeno (al menos parcial) al que tiene derecho. Los problemas que surgen en los tratamientos psicoanalíticos con pacientes ricos y poderosos, como se puede deducir de la publicación de Cremerius y cols. (1979), son mucho mayores de lo que la idealización del pago autónomo quisiera tener que reconocer. Incluso las personas muy ricas toman generalmente un seguro de salud particular y esperan, en forma realista, que su solicitud de financiamiento, que se acompaña de un informe del analista tratante, sea aceptada, al menos para su pago parcial. Los empleados públicos reciben un subsidio que cubre aproximadamente el 60% de los honorarios.

Aproximadamente 50 años después del discurso de Freud en Budapest (1919a), a fines de la primera guerra mundial, las cosas han madurado de tal forma que las neurosis han sido reconocidas como enfermedades por las cajas de seguro en la RFA. Se ha puesto muy poco la atención en el hecho de que el terreno para la aplicación más amplia del psicoanálisis ya había sido allanado por la experiencia recolectada en los años veinte en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín, donde pacientes sin recursos eran tratados a cambio de honorarios mínimos, que incluso no cubrían los costos, y que eran pagados a la clínica y no al terapeuta. Este instituto, el primero de este tipo en el mundo, no sólo era mantenido por la generosidad de su benefactor, Max Eitingon, sino también por el idealismo de sus miembros y candidatos en formación psicoanalítica, los que entregaban gran parte de su tiempo sin cobrar honorarios. La capacidad de este policlínico no era grande, pero la atención de un número relativamente pequeño de pacientes era suficiente como para disminuir el problema señalado por Freud

en su discurso de Budapest. Aunque él creía que la mayoría de los elementos más importantes y efectivos del psicoanálisis estricto e imparcial, serían adoptados en la psicoterapia para el pueblo, temía que "nos veamos precisados a alejar el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa ..." (Freud 1919a,p.163). También la hipnosis, e incluso la integración de apoyo psíquico y material, tendrían su lugar en esta futura psicoterapia para amplios estratos de la población.

La contraposición de Freud entre el psicoanálisis estricto e imparcial con la aplicación masiva de su método, expresada en su metáfora a través del fuerte contraste entre el oro puro del psicoanálisis y el cobre de la sugestión, ha dejado una impresión que persiste hasta el presente. Por esto se hace aún más importante examinar los resultados del informe decenal sobre las actividades del instituto psicoanalítico de Berlín (Radó y cols. 1930), donde se puede comprobar que la aplicación amplia (que de ningún modo puede calificarse como una aplicación "masiva") del psicoanálisis, no llevó consigo una recaída en la sugestión burda. Freud (1930b) subrayó, en el prólogo a este informe, la importancia de este instituto en su triple función como centro docente, de investigación y de asistencia. Simmel (1930, p.11) destacó que el tratamiento ambulatorio del proletariado y de los pacientes de cajas de seguro obligatorio no se distinguía en nada de la de los pacientes particulares solventes que financian el tratamiento por su cuenta.

En 1946, entre las ruinas del Berlín de postguerra, Kemper y Schultz-Hencke rompieron los moldes fundando el Instituto central de enfermedades psicógenas, dependiente de la institución local de seguro, la futura "caja local de seguro general de enfermedad" (Allgemeine Ortskrankenkasse). Retrospectivamente, Baumeyer (1971) y Dräger (1971) destacaron, con razón, el gran significado social de esta fundación pionera: "Ella constituyó el primer paso en el reconocimiento de la neurosis como enfermedad por una institución pública en Alemania. Por primera vez una de las instituciones del sistema de seguro social se hacía cargo de los costos del psicoanálisis y de otros tratamientos psicoterapéuticos..."(Dräger 1971, p.267). Dentro de este sistema, los pacientes asegurados pudieron, por primera vez, recibir un tratamiento orientado psicodinámicamente sin costos directos, en una escala mucho mayor que en el policlínico del antiguo instituto psicoanalítico de Berlín. Dignas de mencionar son las investigaciones pioneras de Dührssen (1962), referentes a la evaluación catamnésica de 1004 pacientes que recibieron tratamiento analítico en el Instituto central, donde queda demostrada su efectividad y eficiencia.

Baumeyer ha destacado, correctamente, que la actividad de este Instituto central contribuyó significativamente a la superación de la resistencia del sistema de seguro social hacia los tratamientos psicodinámicos: "El Instituto central de enfermedades psicógenas proporcionó a la Sociedad alemana de psicoterapia y terapia psicodinámica gran parte de los argumentos que condujeron, después de muchos años de largas y difíciles negociaciones, a un final exitoso (es decir, al reconocimiento del psicoanálisis como método terapéutico en el marco de las compañías de seguro [nota de los autores])" (Baumeyer 1971, p.231).

El reconocimiento de las neurosis como enfermedades fue un prerrequisito para que, en 1967, se incluyera la llamada psicoterapia estándar en el programa de la

mayoría de las cajas de seguro de enfermedad, lo que fue seguido por las demás instituciones públicas en 1971 (Haarstrick 1976; Faber 1981). En este reconocimiento se consideraron algunas restricciones en las obligaciones de las cajas de seguro obligatorio y de las privadas. El sistema de seguros de salud existe para hacer posible que enfermos de cualquier estrato social, independientemente de su situación económica, tengan acceso al necesario tratamiento médico ambulatorio o en régimen de internación en el momento de enfermarse. Aparte de unas pocas circunstancias especiales, el paciente no paga más que la prima de seguro de enfermedad pertinente (aproximadamente el 14% de sus ingresos). De esta forma, las restricciones legales no permiten que las mutuas exijan del paciente una contribución directa por los costos del tratamiento analítico. Teniendo presente el crecimiento explosivo de los costos de atención médica, queda por verse si esta situación legal no cambiará en el futuro.

Al margen, quisiéramos expresar nuestra opinión de que una solución social justa en la fijación del monto del aporte personal en cada caso, traería consigo problemas prácticos difícilmente solucionables. Por el momento al menos, las reglamentaciones legales vigentes determinan una psicoterapia sin costo adicional alguno para los pacientes asegurados en las compañías de seguro obligatorio, en base a ciertas directivas que veremos a continuación en detalle.

En la última versión (marzo de 1984) de las normas legales sobre la aplicación de las psicoterapias psicodinámicas y analíticas, queda definido el método de estas dos formas de terapia y circunscrito su campo de indicación. A continuación reproducimos los pasajes más importantes:

La psicoterapia de orientación psicodinámica y la analítica, en el sentido de este anexo, son formas de psicoterapias orientadas etiológicamente en las que la psicodinámica inconsciente de los trastornos neuróticos con sintomatología psíquica o somática se torna el objeto del tratamiento. Las técnicas de psicoterapia que no corresponden a las descripciones de psicoterapia de orientación psicodinámica y de psicoterapia analítica, definidas a continuación, no son objeto de atención médica contractual.

a) La psicoterapia de orientación psicodinámica incluye las formas de terapia que tratan los conflictos neuróticos actualmente activos, pero persiguiendo una concentración del proceso terapéutico mediante la limitación de la meta terapéutica, a través de un procedimiento centrado en el conflicto y por la restricción de las tendencias regresivas.

b) La psicoterapia analítica abarca aquellas formas terapéuticas que, junto a la sintomatología neurótica, trata el material conflictivo neurótico y la estructura neurótica subyacente del paciente, con lo cual se pone en movimiento y se promueve el proceso terapéutico, con ayuda del análisis de la transferencia y de la resistencia y el aprovechamiento de los procesos regresivos.

La psicoterapia orientada psicodinámicamente comprende las terapias focales breves y las psicoterapias dinámicas, que ponen a descubierto y trabajan con los conflictos. Estas terapias breves, que se derivan del punto de vista psicodinámico del psicoanálisis, han demostrado efectividad, como lo señalan las investigaciones de Malan (1976), Luborsky (1984) y Strupp y Binder (1984). La psicoterapia ex-

presiva de Kernberg (1984), que se basa en el estudio catamnésico de la Fundación Menninger (Kernberg y cols. 1972; Wallerstein 1986), corresponde a lo que en el ámbito germanoparlante conocemos como las técnicas de tratamiento de orientación psicodinámica, reveladoras del conflicto.

De la definición del método de la psicoterapia analítica, el lector puede deducir que los factores que Freud consideraba como los pilares fundamentales del psicoanálisis, es decir, la resistencia y la transferencia, así como el uso terapéutico de la regresión, son tomados plenamente en cuenta.

La aplicación de las dos formas de terapia en el marco de las reglamentaciones de las compañías de seguro de salud queda restringida, en principio, a las enfermedades cuyo curso puede ser influenciado en un sentido positivo. El terapeuta tiene que hacer plausible para el analista que actúa como perito que la terapia prevista puede conducir al alivio, al mejoramiento o a la curación de la enfermedad neurótica o psicosomática en cuestión. En el formulario de solicitud, que reproduciremos resumidamente más adelante, debe fundamentarse un pronóstico condicional. Es decir, deben ser expuestos tanto las condiciones que hicieron posible que la sintomatología adquiriera un status de enfermedad y los factores que mantienen estos síntomas. El factor decisivo al considerar el pronóstico queda constituido por las condiciones de cambio que ambas partes, paciente y analista, tienen que ser capaces de crear. El analista debe evaluar, en cada caso individual, lo que él y el paciente son capaces de lograr, luego de haber despertado en éste esperanzas al aceptarlo para una terapia, con las responsabilidades que esto implica. En este contexto, el analista debe además señalar sus criterios pronósticos al colega que hace las veces de perito, es decir, debe especificar en qué descansan sus esperanzas de una eventual mejoría. En las normas anteriormente mencionadas, el campo de indicación para ambas formas de terapia queda fijado del siguiente modo:

- a) Trastornos psicorreactivos (por ejemplo, neurosis de angustia, fobias, depresiones neuróticas);
- b) neurosis de conversión, neurosis de órgano;
- c) trastornos funcionales vegetativos con etiología psíquica establecida;
- d) impedimento del desarrollo psíquico a raíz de estados emocionales deficitarios tempranos; en casos excepcionales, impedimentos del desarrollo que se relacionan con daños corporales tempranos o malformaciones;
- e) impedimentos del desarrollo psíquico que han resultado de procesos patológicos crónicos severos, en cuanto ofrecen aún un punto de partida para la aplicación de una psicoterapia orientada psicodinámicamente o analítica (por ejemplo, enfermedades reumáticas crónicas, algunas formas particulares de psicosis);
- f) impedimentos del desarrollo psíquico a raíz de situaciones extremas que tienen por consecuencia un menoscabo grave de la personalidad (por ejemplo, encarcelamiento prolongado, traumas psíquicos severos).

El campo de indicación queda más delimitado por una lista de circunstancias bajo las cuales las mutuas de salud no cubren los costos de la psicoterapia:

Las cajas de seguro no cubren las psicoterapias orientadas psicodinámicamente y las analíticas que no estén al servicio de la curación, del mejoramiento de una enfermedad o de la rehabilitación médica. Esto vale especialmente para aquellas medidas que persiguen la adaptación social o laboral, el estímulo laboral, así como la orientación en la educación infantil u otras medidas similares.

En el ámbito de la rehabilitación hay que considerar también los siguientes puntos de vista:

Si se indica exclusivamente como una medida de rehabilitación médica, la terapia analítica y la orientada psicodinámicamente pueden ser aplicadas sólo bajo la condición de que los factores psicodinámicos jueguen un rol esencial en los impedimentos del desarrollo psíquico o en sus repercusiones, y que con la ayuda de la psicoterapia analítica o de orientación psicodinámica se pueda lograr que el paciente se integre, en lo posible por un plazo prolongado, al trabajo, a la profesión o a la sociedad...

La aplicación de la psicoterapia de orientación psicodinámica y analítica queda así delimitada desde diversos puntos de vista. Su alcance queda definido en términos metodológicos y orientado nosológicamente (como campo de indicación), aunque al mismo tiempo se adapta bastante al caso individual. La motivación y la capacidad de adaptación de cada paciente tienen que ser evaluadas teniendo en vista un éxito posible o probable en el tratamiento. Aquí nos encontramos con la tríada de necesidad, conveniencia y productividad que debe respetar el médico alemán en su actividad diagnóstica y terapéutica, y que lo obliga frente a la comunidad de los asegurados a revisar la eficacia de su terapia y a fundamentarla en términos de la tríada mencionada.

El analista tratante presenta la justificación del plan terapéutico en una solicitud en que los datos personales del paciente se encuentran cifrados. Esta solicitud es examinada, en lo formal y en el contenido, por un perito independiente, también analista, quien debe juzgar si se cumplen los requisitos anteriormente nombrados (tipo de enfermedad e indicación). El perito tiene así una función bien definida. No ejerce ninguna influencia personal sobre el proceso terapéutico y sobre el modo como éste es conducido, pero ciertamente su función le asigna una importancia que puede repercutir sobre la transferencia del paciente, especialmente en las solicitudes de prolongación del tratamiento. A partir de ese momento, ya no es posible seguir pasando por alto el hecho de que la díada analítica es a este respecto una tríada que incluye un tercero ausente.

La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes
Efectos de la normativa de la seguridad social sobre el proceso...

Inevitablemente surgen complicaciones si el analista y el analizando descuidan el hecho de que en muchos aspectos ellos constituyen sólo dos lados de una situación triangular. Mientras menos se clarifique e interprete el papel del perito en la terapia, tanto más se presta como pantalla de proyección. No es posible comportarse como si el perito no estuviese ahí, ya que la prolongación de la terapia depende efectivamente de su criterio. Al tomar las decisiones, el perito debe respetar las normas sobre la duración del tratamiento. El párrafo pertinente dice: "En la psicoterapia analítica se debe esperar, como regla, un tratamiento

satisfactorio en 160 horas, en casos especiales, hasta 240 horas...". Una prolongación de la psicoterapia analítica hasta 300 sesiones es posible bajo circunstancias excepcionales, pero debe ser fundamentada con argumentos detallados. Hay que destacar que aun las 300 sesiones no son el límite absoluto. En la discusión sobre las solicitudes de prolongación expondremos las condiciones bajo las que un tratamiento puede continuarse dentro del marco de las normas. Es claro que en las normas para la realización de las psicoterapias orientadas psicodinámicamente y las analíticas se pactó un compromiso entre muchos aspectos diferentes. Nuestra evaluación positiva de este compromiso quedará aún más nítida en la sección 6.6.2, donde examinaremos las consecuencias de los acuerdos contractuales sobre el proceso analítico. Queremos ahora llamar la atención sobre un aspecto de política profesional. La introducción de la psicoterapia analítica como un servicio cubierto por el sistema de cajas de seguro de enfermedad tuvo por consecuencia que médicos adecuadamente calificados pueden ser habilitados para prestar los servicios psicoterapéuticos específicos definidos en las normas. Es por esto inusual que los médicos que tienen el título adicional de psicoanalistas se ocupen activamente de otras áreas médicas (medicina general u otra especialidad médica). Su contrato con la KBV, es decir, la habilitación, se restringe al campo del psicoanálisis y de la psicoterapia de orientación psicodinámica. Para la atención psicoanalítica de los miembros de cajas de seguro obligatorio se han incorporado también psicoanalistas no médicos que, además de los estudios académicos (hoy en día es prerequisite tener el título de psicólogo), tengan una formación analítica de varios años, realizada en un instituto acreditado. Se presta a malentendidos el que a estos psicoanalistas no médicos se les llame analistas legos. Hace unos sesenta años atrás, el proceso contra Reik, psicólogo con formación psicoanalítica, llevó a Freud a publicar ¿Pueden los legos ejercer el análisis?(1926e). La acusación de charlatanería en contra de Reik no siguió en ese entonces adelante, pero el proceso tuvo por consecuencia que a los psicoanalistas no médicos no se les permitiera el ejercicio dentro del sistema de seguros de enfermedad austriaco (Leupold-Löwenthal 1984). La incorporación de los psicoanalistas no médicos en la red asistencial de las cajas de seguro en la RFA es ejemplar en la historia del psicoanálisis.

El reconocimiento de las neurosis como enfermedades tuvo por consecuencia que las metas del tratamiento psicoanalítico tuvieran que guiarse según el concepto médico de enfermedad. Las compañías de seguro se encuentran en la obligación de cubrir los costos solamente cuando, por un lado, los síntomas constituyen una enfermedad y, por el otro, cuando, además, se satisface la tríada de necesidad, conveniencia y productividad. Estos son los criterios que el médico debe tener en mente en la RFA al tomar medidas diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, también debe tener presente que entre las neurosis y los trastornos del carácter, cuya terapia no es cubierta por las compañías de seguro, hay una transición sin solución de continuidad.

6.6.2 Efectos de la normativa de la seguridad social sobre el proceso psicoanalítico

El proceso analítico está determinado por un gran número de factores que discutiremos en detalle en los capítulos 8 y 9. En este punto nos restringimos a presentar algunas típicas consecuencias de la reglamentación de las cajas de seguros de enfermedad. Queremos comenzar presentando una tesis surgida de nuestra experiencia con las normas, desde los puntos de vista del paciente, del analista tratante, y del analista que actúa como perito. Esta tesis dice así: todo financiamiento ajeno influencia el desarrollo terapéutico de tal modo, que hace surgir problemas típicos que no existen con los analizandos que pagan por su cuenta. Las complicaciones que surgen de modo típico en los análisis que se realizan dentro del marco del sistema de seguros en la RFA son solucionables mediante medios analíticos, es decir, mediante interpretación. Nuestra experiencia confirma la expectativa de Eissler (1974) de que la técnica clásica puede ser también aplicada en tratamientos costeados por las compañías de seguro.

La elaboración de los temas orales y anales se hace más complicada, pero no imposible, cuando la cancelación de los honorarios es indirecta. Ehebald (1978) y Cremerius (1981a) han refutado fundamentalmente la opinión generalizada, expresada claramente por Kemper (1950, p.213), de que el pago directo es nada menos que la fuerza motriz del análisis.

Sin duda alguna las normas implican también restricciones, y es decisivo que los parámetros sociales sean incorporados en el trabajo interpretativo. Cuando esto se hace, puede verse que el financiamiento del tratamiento por los seguros de salud crea, a pesar de sus limitaciones, ante todo un amplio margen de libertad para el paciente y el analista al obviar, por un período, las restricciones financieras. Su dependencia del financiamiento ajeno les posibilita a los dos un margen de libertad sin el cual no quedarían garantizadas las condiciones necesarias para la cura psico-analítica ni tampoco la existencia material del analista. Sin el pago por las cajas de seguro obligatorio, la mayoría de la población con necesidad de tratamiento no tendría acceso a la psicoterapia analítica y el analista, a su vez, dependería del pequeño número de pacientes que pueden autofinanciarse. Por esto, nuevamente re-calcamos que, desde 1967, todo asegurado dentro del régimen obligatorio en la RFA que presenta síntomas neuróticos con carácter de enfermedad, tiene derecho a una psicoterapia orientada etiológicamente. El paciente sin recursos propios no depende ya de la generosidad de un amigo o de un pariente solvente. Así, la puesta en práctica del análisis no depende más de los factores económicos que inevitablemente ejercían una indebida influencia en los procesos de toma de decisiones. Honorarios más bajos que los adecuados, por un trabajo analítico que requiere mucho tiempo y que es altamente calificado, trae dificultades adicionales considerables por ambos lados. Estas dificultades pueden variar por los motivos más diversos. Freud refirió experiencias negativas en los tratamientos gratuitos, pero aseguró además que, en ocasiones, uno se encuentra también con "hombres valiosos y desvalidos sin culpa suya, en quienes el tratamiento gratuito no tropieza con tales obstáculos y alcanza buenos resultados" (Freud 1913c, p.134).

El pago por las mutuas de seguro permite también la independencia del paciente frente a la benevolencia del analista. En muchos países aún se cuenta con el espíritu de sacrificio de los analistas. Allí, la responsabilidad social nace junto a las

instituciones psicoanalíticas ambulatorias, donde analistas jóvenes o candidatos en formación tratan a pacientes por honorarios tan bajos que no alcanzan a cubrir ni siquiera sus gastos personales. En muchos lugares se da el caso de analistas experimentados que viven de su consulta privada y que ofrecen gratuitamente su tiempo para supervisiones. En países donde no se ha encontrado una solución similar al sistema de la RFA rigen aún las mismas condiciones que se daban en el viejo instituto psicoanalítico de Berlín, fundado por Eitington con medios particulares, donde los pacientes de bajos ingresos eran atendidos a cambio de un honorario mínimo.

Respecto del financiamiento, el contraste entre la situación actual en la RFA con la de aquellos países sin una reglamentación de cajas de seguro de enfermedad es evidente. Un analista de la RFA percibe actualmente entre DM 80-100 la hora, teniendo así un ingreso que, aunque seguro, es limitado, especialmente si se considera que la formación analítica es larga y costosa. (Desde el punto de vista de un analista latinoamericano, y aun considerando las diferencias en el costo de la vida y en el poder de compra, los analistas alemanes de ningún modo están mal remunerados; nota de J.P. Jiménez.)

En general, la reglamentación de honorarios aún subestima el servicio personal que el médico presta. Esto es particularmente válido para los psicoanalistas, cuyo trabajo es altamente especializado y que requiere de mucha inversión de tiempo. Entre otras cosas, esto refleja una idealización ampliamente difundida que va de la mano con una simultánea desvalorización. La atención psicoterapéutica es llevada al nivel más alto, inmaterial, y glorificada. No se le debe asociar a cosas mundanas y, por cierto, no con algo tan sucio como el dinero; ella debe permanecer impagable y, por esto, no debe ser ejercida sobre una base profesional. Simultáneamente, tanto legos como médicos desvalorizan la psicoterapia en los mismos términos: "ahí no se hace otra cosa que hablar; eso no tiene valor alguno, por lo tanto no debe costar nada."

Idealización y desvalorización cobran su precio en el presupuesto psíquico de cada paciente y, ¿quién paga la cuenta? Si el paciente no paga los honorarios del analista de su propio bolsillo, no se le posibilita tener la experiencia de una reparación directa, simbólica. Por esto, es esencial tener presente e interpretar la compensación indirecta del analista por las compañías de seguro, cuyo afiliado es el paciente. La función de terceras personas constituye un aspecto de significado múltiple en la interacción entre paciente y analista, que debe ser permanentemente dilucidado a lo largo del análisis, con el objeto de que el analista pueda anular cualquier tipo de distorsión y proyección de partes propias de sí mismo. La asociación de idealización y desvalorización en el pago de honorarios es sólo un ejemplo entre muchos otros. Debemos a Cremerius (1981a) la investigación sistemática de varios aspectos de la influencia del financiamiento a través de mutuas de seguro sobre la relación entre el paciente y el analista, así como sobre el desarrollo y la configuración de la neurosis de transferencia. Naturalmente, el reconocimiento del psicoanálisis como terapia en el marco de la seguridad social también incrementó el prestigio social de la profesión. Sin duda alguna, este factor ha ejercido una influencia positiva tanto sobre el paciente como sobre el analista, aun cuando ésta no sea la dimensión esencial para el establecimiento de una relación terapéutica digna de confianza.

El financiamiento de la terapia analítica a través de las mutuas ha creado una base que ha permitido la independencia del analista de los pacientes privados pudientes que pagan su cuenta puntualmente. El puede ahora, como lo ha manifestado Ehebald (1978), conducir entrevistas iniciales (hasta seis sesiones, como base para elevar la solicitud) centradas exclusivamente en el paciente, porque en la decisión que debe tomar sobre el tipo de terapia a seguir se encuentra liberado de la presión que ejerce la pregunta de cuánto dinero dispone el paciente. El analista que practica hoy en día en la RFA ya no tiene que preocuparse (como Freud y Eissler) de mantener un equilibrio entre el número de tratamientos gratuitos o terapias a honorarios rebajados y el nivel de vida que desea tener. Tomando en cuenta esto, queremos recordar las siguientes reflexiones de Freud: "...pero debe tenerse en cuenta que un tratamiento gratuito importa para el psicoanalista mucho más que para cualquier otro: le sustrae una fracción considerable del tiempo de trabajo de que dispone para ganarse la vida ... por un lapso de muchos meses." Un segundo tratamiento gratuito le arrebatará su capacidad de ganarse la vida de tal manera, lo cual sería equiparable "al efecto de un grave accidente traumático". A continuación, Freud plantea la duda de si "la ventaja para el enfermo contrapese en alguna medida el sacrificio del médico" (Freud 1913c, p.133).

Queremos entender estas reflexiones de Freud en el sentido de que se trata de encontrar una solución aceptable para ambas partes. Por esta razón, hemos acentuado que el paciente financia en parte su propia terapia a través de sus contribuciones a la mutua de salud, y que su sentimiento de formar parte de la sociedad se ve reforzado por el hecho de que, más allá de esta contribución, la comunidad solidaria de los asegurados se hace cargo de sus gastos. A diferencia de los problemas que se presentan en tratamientos gratuitos o en terapias en policlínicos con honorarios muy bajos, y que son extremadamente difíciles de solucionar analíticamente, las complicaciones que pueden surgir del hecho de que el paciente no necesita pagar nada directamente de su propio bolsillo pueden ser solucionadas a través de la interpretación. La contratransferencia del analista es ostensiblemente menos perturbada si su servicio es adecuadamente recompensado, y, en este sentido, es irrelevante de dónde provenga el dinero. Sin embargo, la situación es diferente para los analistas jóvenes o para los candidatos en formación que tratan prácticamente en forma gratuita en los policlínicos de los institutos psicoanalíticos, teniendo a veces incluso que costear los honorarios propios de sus respectivas supervisiones. Estos problemas se hacen evidentes cuando, al concluir sus períodos de formación, a menudo ponen también término a tales análisis. A pesar de las serias dificultades técnicas que pueden surgir, compartimos el punto de vista de Cremerius (1981a) de que la cancelación indirecta no constituye un obstáculo grave para el proceso psicoanalítico. Las complicaciones inherentes a las normas psicoterapéuticas residen más bien en otra área, como lo veremos a continuación.

Las dificultades surgen, en conexión con las normas psicoterapéuticas, con el concepto médico de enfermedad y con la fijación de un plazo para el financiamiento por las compañías de seguro obligatorio, definido bajo los términos de necesidad, conveniencia y productividad. Las normas reflejan el compromiso entre las exigencias de la terapia analítica y las normas legales. Examinemos en primer

lugar el ámbito de la concordancia entre las normas y la práctica psicoanalítica. Con este objeto, es conveniente que el lector conozca las secciones 6 y 9 del formulario que debe responder el analista solicitante, y que debe ser presentado al analista que hace de perito. En estos dos números hay que responder lo siguiente:

6) Psicodinámica de la condición neurótica.

Descripción del desarrollo neurótico y del conflicto intrapsíquico, incluyendo la formación del compromiso neurótico y de los síntomas resultantes. Descripción del momento de aparición de los síntomas y de los factores desencadenantes en relación con el desarrollo psicodinámico.

9) Pronóstico de la psicoterapia.

Enjuiciamiento de la motivación del paciente, conciencia de sus problemas, capacidad de establecer relaciones, formalidad y áreas de buen funcionamiento. En particular, enjuiciamiento de la capacidad de, o de la tendencia a, la regresión, dimensión de la fijación, de la flexibilidad, del potencial de desarrollo y de la conciencia de enfermedad...

Las normas exigen aquí del analista solicitante nada más que una justificación racional de su acción terapéutica de acuerdo con los principios de la teoría etiológica del psicoanálisis. El analista consultor también se orienta según el conocimiento psicoanalítico básico y su propio bagaje de experiencia. Este trasfondo le permite evaluar la plausibilidad de las relaciones psicodinámicas descritas por el analista solicitante. Su tarea principal consiste en determinar si los síntomas constituyen enfermedad. Además, con la incorporación de otros puntos de la solicitud, el perito puede formarse una opinión sobre si la conexión entre el compromiso neurótico y los síntomas y el planteamiento general de la terapia es o no convincente. Obviamente, el perito no puede determinar si estas descripciones corresponden a la realidad o si el analista tratante efectivamente se orienta de acuerdo con ellas en la conducción del tratamiento. Sin embargo, a partir de ellas puede formarse una cierta idea sobre el curso de la terapia, ya que el analista tratante está obligado, al solicitar una prolongación del financiamiento para las siguientes 80 sesiones, a entregar un resumen del curso de la terapia realizada y a describir el cambio en los síntomas en relación a la transferencia y a la resistencia. La reevaluación del pronóstico, considerando la regresión y la fijación, es uno de los aspectos más importantes del esquema que subyace a las solicitudes de prolongación.

Al lector le habrá quedado claro, que tanto el analista solicitante como el perito se mueven dentro de un esquema de indicación y proceso que contiene principios esenciales de la teoría psicoanalítica. Sin esta base común, no podría funcionar ningún "peer report system". Incluso Beland (1978), en una toma de posición muy crítica, concedió que este sistema de informe pericial había probado ser válido. La función claramente definida del analista consultor no le permite intervenir en la conducción del tratamiento de su colega. Su posición se torna más difícil cuando tiene la impresión de que en la solicitud se describen procesos cuya lógica no atina a entender. De toda solicitud se espera una cierta fuerza persuasiva y coherencia interna. En una solicitud de prolongación se debe explicar cómo se está desarrollando la neurosis de transferencia y qué cambios

en los síntomas (mejoramiento o empeoramiento) resultan de ésta. El "peer report system" ha llevado a que, en casos de dudas, el perito se comunique con el colega solicitante lo que ha sido motivo de una intensificación del diálogo entre analistas.

Pensamos que estas observaciones, en relación a un aspecto fundamental de las normas, ya son tal vez suficientes para fundamentar la siguiente opinión: en la solicitud dirigida al colega perito para la aceptación o la continuación de la psicoterapia analítica o la psicoterapia de orientación psicodinámica se trata, al igual que en todo seminario de técnica, de hacer concordar las evaluaciones psicodinámicas con los pasos llevados a cabo en el tratamiento y demostrar en el desarrollo de la terapia cómo el paciente reacciona frente a ella. Y esto porque la conformidad final de un tratamiento se decide por el lado de los progresos del paciente.

Por eso es recomendable, no sólo por razones legales sino también por motivos técnicos, redactar las solicitudes de tal modo que el paciente pueda, según sea su deseo, leerlas y entenderlas. La ingerencia del paciente mayor de edad en las reflexiones sumarias del analista es probablemente solamente dañina cuando éstas difieren considerablemente de las intelecciones que fueron transmitidas en las interpretaciones. Si la discrepancia entre aquello que sale en la solicitud y lo que el paciente experimenta en la terapia no puede ser zanjada en el diálogo sobre el contenido de la solicitud, la posibilidad de obtener una ganancia de insight mutuo no puede ser estimada como alta. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la probabilidad de lograr una cura exitosa es entonces también muy baja.

Las normas exigen al analista tratante una especie de autosupervisión. La mayoría de los analistas están de acuerdo en que es indispensable reflexionar ocasionalmente en forma intensiva sobre el desarrollo de una terapia en base a criterios analíticos. En el caso de un procedimiento de revisión pericial, un segundo analista, con funciones precisas y claramente definidas, toma posición frente a los resultados de esas reflexiones, incidentalmente, con derecho de apelación del analista solicitante. Si se considera la autosupervisión como el primer paso de un trabajo científico en la consulta, se podría entonces ver el procedimiento de revisión pericial como una ampliación de la autosupervisión. De hecho, en muchos aspectos, las solicitudes representan un pozo de conocimientos que está todavía lejos de ser agotado. Pues las solicitudes reflejan la manera como el analista tratante ve y describe la práctica psicoanalítica en el marco del esquema psicoanalítico expuesto en las normas.

Es una perogrullada decir que el proceso psicoanalítico toma tiempo; pero es justamente por este motivo que las solicitudes de prolongación de tratamiento y la imposición de un límite en el número de sesiones representan los mayores problemas de principio y de técnica. Por esta razón queremos extendernos en este tema.

Los componentes de este compromiso son los siguientes:

- 1) Por un lado, ya las primeras estadísticas obtenidas en el antiguo Instituto Psicoanalítico de Berlín, a pesar de sus insuficiencias metodológicas, demostraban que en muchos casos se pueden lograr resultados satisfactorios en psicoterapias psicodinámicas y analíticas de duración limitada.

2) Por otro lado, los análisis se han ido prolongando cada vez más desde los años cincuenta. La punta de lanza de las "superterapias" (Balint 1954, p.158) la constituyen los análisis didácticos cada vez más largos.

3) Las metas de estos análisis se alejan cada vez más de la terapia de los síntomas atribuibles a una enfermedad, definida en términos médicos, y de lo que se puede probar como necesario, productivo y conveniente.

Con el mejoramiento de los síntomas patológicos a partir de cambios estructurales parciales, y parafraseando a Freud (1895d, p.309), normalmente se muda la miseria neurótica en felicidad ordinaria, que, sin embargo, puede no estar libre de desgracia y de tragedia existencial. Cuándo se alcanza este estado, es un problema de criterio.

A pesar de las limitaciones de tiempo, las normas no imponen un límite superior absoluto. Sin embargo, como uno de nosotros (H.Thomä) ha podido establecer en su calidad de perito, sucede más bien raras veces que las solicitudes para una prolongación más allá de los límites temporales estándares se justifiquen del modo como Freud lo exigiera para el desarrollo de análisis especialmente profundos (al respecto, véase el capítulo 10). Más a menudo uno se topa con una argumentación que indica que no es cosa fácil lograr una relación equilibrada entre el marco temporal y la utilización terapéutica de los procesos regresivos. En el cap. 8 nos ocuparemos en detalle del aprovechamiento de las regresiones, contentándonos por el momento con decir que en la psicoterapia analítica dentro del marco de las normas es muy importante tener siempre presente la realidad social y económica. Esta no permite la regresión como meta en sí. La situación de las compañías de seguro y la de sus afiliados juegan en esto un papel importante. Así llegamos al siguiente componente del compromiso logrado:

4) La razón por la que las consideraciones financieras jugaron un papel en la limitación de la duración de los tratamientos debe verse en que los aseguradores previeron numerosos dilemas insolubles, incluyendo problemas financieros, en el caso de un ablandamiento de la definición médica de enfermedad y de una extensión de la cobertura de la ayuda financiera para eliminar problemas sociales y familiares o para elevar la llamada calidad de vida.

En relación con esto, Beland expone lo siguiente:

Este tipo de restricción de medios por motivos económicos, es entendible y aceptable para los pacientes, los terapeutas y los peritos; es honesta y no requiere ninguna justificación basada en una teoría de la neurosis. El dilema al que se enfrenta este sistema de salud, a saber, al tener que legitimar la limitación en la prestación de servicios en base a una teoría de tratamiento, en vez de hacerlo con el fundamento de la falta de dinero, es una situación miserable, dañina para el perito, para el tratante y, sobre todo, para el paciente. Por esto, sería deseable que los peritos se liberaran de tener que justificar, por su parte, por qué el servicio termina a las 240 ó 300 horas (Beland 1978, p.9).

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que la teoría del tratamiento que subyace a las normas no fija un límite absoluto. Esta teoría se organiza de un modo estrictamente psicoanalítico, motivo por el que se hace necesaria la comprobación empírica en el sentido de Freud (véase cap.10). No obstante,

como ya lo hemos expuesto, la limitación de medios que llevó a la restricción de los servicios, hizo su aporte por otras razones: en primer lugar, ha quedado demostrado que en muchos pacientes se puede lograr una mejoría duradera de los síntomas dentro de las 300 sesiones, lo que permite sospechar también un cambio, al menos parcial, en la estructura. No queremos adentrarnos en este momento en las dificultades de probar si esto es verdaderamente así. En segundo lugar, ha quedado a su vez demostrado que un número importante de los análisis continuados después del límite establecido han conducido a un enriquecimiento de la calidad de vida, más allá de lo "enfermo" o de lo "sano", es decir, más allá del concepto médico de enfermedad. Quisiéramos recomendar al analista tratante y al perito que consideren detenidamente las notas críticas de Beland y nuestras propias reflexiones; pues es esencial que la realidad social sea incorporada en la interpretación de la neurosis de transferencia, pero, a la vez, sin olvidar la flexibilidad de las normas.

Tiene poco sentido hablar ya en las primeras sesiones sobre la duración del análisis, sea pensando en la limitación establecida por las normas, o teniendo en vista un utópico análisis interminable. Tal proceder puede incluso tener consecuencias antiterapéuticas. Sin embargo, es indispensable incorporar el tiempo y el dinero, y con ellos también el papel que juega el perito, en las interpretaciones transferenciales dentro del contexto de las solicitudes de prolongación. Si llegara a surgir el riesgo de un suicidio a causa de la expiración del período de tratamiento financiado por las cajas de seguro, el analista debería, antes de criticar las restricciones impuestas por las normas, reflexionar sobre el modo como ha conducido el tratamiento. Afortunadamente, corresponde a nuestra experiencia analítica que la mayoría de los casos tratados conforme a las normas experimentan cambios positivos en la sintomatología, y con ello también cambios temáticos desde lo patológico a las dificultades de vida, que tampoco Freud contaba entre las neurosis. Las normas permiten incluso un análisis largo para pacientes graves, cuando éste se documenta con un pronóstico con reservas. En resumen, la mayoría de las psicoterapias de orientación psicodinámica y analíticas pueden ser concluidas dentro de los límites expuestos en las normas, es decir, después de las 50 (a veces hasta 80 sesiones) o de las 240 (300) sesiones respectivamente. Naturalmente, sería importante conocer los resultados de la terapia y, con respecto al financiamiento ajeno, sería interesante conocer qué pacientes, y por qué razones, financian por sí mismos las terapias que se prolongan más allá de las normas. En ambos casos tenemos que contentarnos con estimaciones. Los resultados de la investigación en psicoterapia indican que aproximadamente dos tercios de los pacientes terminan su terapia curados o con un mejoramiento considerable en sus síntomas, mientras que el tercio restante no muestra ninguna mejoría significativa en la sintomatología.

Queda sin resolver el problema de si estos últimos pacientes podrían curarse o mejorarse con una terapia más larga bajo las mismas condiciones (el mismo analista y financiamiento ajeno) o bajo condiciones modificadas (por ejemplo, financiamiento propio en vez de ajeno) pero sin variación o modificación del método ni cambio del analista. En cambio, creemos conocer las circunstancias bajo las cuales los pacientes están dispuestos a continuar su análisis a costa de sí mismos una vez que el financiamiento ajeno ha expirado. Para poder contestar esta

pregunta, debe-mos volver al comienzo de la terapia y examinar la influencia general que tiene el proceso analítico sobre el pensar y el vivenciar. Al principio, todos los pacientes tienen sus expectativas y sus esperanzas puestas en querer mejorarse y ser productivos y se interesan por saber lo efectiva que es la terapia analítica. El creciente insight en los conflictos de relación y la asociación de éstos con fluctuaciones en los síntomas puede, por cierto, conducir a expectativas que poco tienen que ver con el concepto médico de salud y enfermedad o con las normas basadas en este concepto.

Las dificultades de vida y las expectativas (Zielvorstellungen: representaciones-meta) que los analizandos desarrollan a lo largo del tratamiento, a menudo coinciden de manera sólo marginal con el concepto médico de enfermedad y de salud, respectivamente. Faber (1981), con todo respeto al elemento utópico que caracteriza el deseo de descubrimiento de sí mismo con ayuda del psicoanálisis, ha señalado que "los elementos ilusorios y utópicos en las expectativas (Zielvorstellungen) deben ser concebidos también como fenómenos transferenciales y contra-transferenciales". Este autor argumenta que la realización de las utopías psicoanalíticas fundadas debe ser llevada adelante con sensatez y regularidad, como un "trabajo de cultura como el desecamiento del Zuydersee" (Freud 1933a, p.74) [La frase inmediatamente anterior a esta cita es la famosa "Wo Es war, soll Ich werden", que contiene toda una teoría de la curación; nota de J.P. Jiménez].

Estimamos que aproximadamente del 10% al 20% de los pacientes de una consulta psicoanalítica corriente financian la continuación de sus análisis por sus propios medios una vez que ha expirado el financiamiento ajeno. Este grupo es muy heterogéneo y la esperanza de estos pacientes puede estar orientada hacia las metas más variadas. Una categoría de este grupo la forman aquellos que han buscado el análisis debido a la severidad de sus síntomas. A la luz de lo dicho anteriormente, creemos que mediante solicitudes fundamentadas científicamente podría lograrse la aprobación de la continuación de terapias en muchos de estos casos.

Otra categoría de personas que autofinancian secundariamente sus análisis son aquellas que esperan poder dar a sus vidas un sentido más profundo. Algunos pueden tolerar su profesión o su vida sólo con la ayuda de una relación con un analista. El valor que atribuye un analizando a esta búsqueda de un sentido más profundo, independiente de consideraciones médicas, está en relación con sus posibilidades materiales. Para un paciente rico y su analista es más fácil, tras un balance de bienes, tomar la decisión de continuar el análisis que, por ejemplo, para un simple empleado que vive únicamente de su sueldo.

Por este motivo, en el momento de cambiar el modo de pago hacia el financiamiento propio, a menudo resulta necesario reducir la frecuencia de las sesiones o los honorarios profesionales. En este último caso, el asunto no es sólo cuestión de cuánto pueda pagar el paciente, sino de qué monto es aún aceptable para el analista sin que las inevitables restricciones y sacrificios pesen tanto sobre la relación analítica que sufra el trabajo en común. Pues una reducción importante en los honorarios para un paciente que tiene 4 sesiones por semana significa para el analista una considerable reducción en los ingresos, situación que afecta especialmente a los candidatos en formación analítica de todas partes, los que de por sí

es-tán en una situación económica precaria. El financiamiento particular de la conti-nuación del análisis puede afectar el estándar de vida del paciente y su familia, con lo que se pueden esperar conflictos adicionales con el tercero escamoteado. En últi-mo término, hay que encontrar algún tipo de equilibrio con el tercero excluido.

Así, son muchos los factores que hay que tomar en cuenta si se quiere que el paciente alcance un equilibrio productivo con las terceras partes -la familia, la compañía de seguro de enfermedad y el analista- y logre una reconciliación consigo mismo.

1 En 1923, Freud afirmó que el psicoanálisis no se constituye en contra de la psiquiatría "como se creería por la conducta casi unánime de los psiquiatras. Antes bien, en su calidad de psicología de lo profundo -psicología de los procesos de la vida anímica sustraídos de la conciencia-, está llamado a ofrecerle la base indispen-sable y a remediar sus limitaciones presentes. El futuro creará, previsiblemente, una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción" (1923a, p.247). A pesar de esta enfática previsión, la relación entre psicoanálisis y psi-quiatria ha permanecido discutida desde ambos lados. Los psiquiatras que después de su formación analítica siguen trabajando como tales no son muchos, especialmente en Europa y en Latinoamérica. Otto Kernberg es en este sentido una excepción notable. El programa freudiano de integrar psicoanálisis y psiquiatría llegó a Kern-berg a través de Ignacio Matte Blanco, profesor de psiquiatría de la Universidad de Chile y psicoanalista fundador de la Asociación Chilena de Psicoanálisis, institu-ciones donde Kernberg completó su formación médica, psiquiátrica y psicoanalítica antes de emigrar a los Estados Unidos (nota de J.P. Jiménez).

2 Es interesante notar que Etchegoyen (1986), en su documentado y amplio libro de técnica, utiliza, al exponer la teoría de la primera entrevista, entre otras, las ideas de Bleger y las interesantes contribuciones de Liberman (1972), ambos en la tradi-ción diádica.

Sin embargo, hace un corte claro entre la etapa "diádica" de la relación analítica (primeras entrevistas) y la etapa, diríamos "monádica", del proceso terapéutico pro-piamente tal, o sea, el tratamiento mismo. Después de hacer suya, de alguna manera, la concepción de que todo lo que pasa en la primera entrevista resulta de la inter-acción entre ambos participantes, plantea que "más allá de lo coyuntural, una vez que se establezca el proceso todo eso desaparecerá y sólo gravitarán la psicopato-logía del paciente y la pericia del analista" (p.72) (nota de J.P. Jiménez).