

## 7 Reglas

### 7.1 La función múltiple de las reglas psicoanalíticas

Freud comparó las reglas del tratamiento psicoanalítico con las reglas del ajedrez: ambas posibilitan una infinita variedad de movimientos, sólo limitada en las fases de apertura y de cierre:

Entre ellas habrá estipulaciones que podrán parecer triviales, y en efecto lo son. Valga en su disculpa no ser sino unas reglas de juego que cobrarán significado desde la trama del plan de juego. Por otra parte, obro bien al presentarlas como unos "consejos" y no pretenderlas incondicionalmente obligatorias. La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica, y hacen posible que un proceder de ordinario legítimo no produzca efecto algunas veces, mientras que otro habitualmente considerado erróneo lleve en algún caso a la meta. Sin embargo, esas constelaciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin (Freud 1913c, p.125).

La comparación con el ajedrez surge de manera natural cuando se trata de ilustrar la diversidad de conducciones posibles de un tratamiento. Las complejas secuencias interaccionales, que en ajedrez subyacen a una determinada forma de defensa o de terminación, tienen semejanzas con las estrategias usadas en la conducción de un tratamiento. Para éstas se formulan recomendaciones en la forma de reglas que expresan consideraciones estratégicas. Las reglas propias del juego en el ajedrez, es decir, aquellas que fijan los movimientos de las figuras y que tienen simultáneamente una función normativa, deben ser, por el contrario, entendidas de manera diferente, pues su observancia es precisamente lo que constituye el juego.

En ajedrez es fácil distinguir entre movimientos que transgreden las reglas y aquellos que sólo son poco convenientes, lo que en psicoanálisis es más difícil. Esto se debe, por un lado, al desarrollo histórico de la teoría y de la técnica psicoanalíticas y, por el otro, a las diferentes funciones que tienen las reglas en psicoanálisis. Como es bien sabido, en los análisis conducidos por Freud la situación analítica tenía más bien el carácter de un experimento asociativo al servicio de la exploración de la génesis de las neurosis. Incluso en sus tratamientos más tardíos, Freud mantuvo elementos de esta situación experimental (Cremerius 1981b). Sus directivas más estrictas e inequívocas las formuló en función del encuadre de esta situación. Las reglas parecieron producir una "situación social cero":

Para Freud sin embargo, la situación analítica no era simplemente su propia versión de las tendencias profesionales contemporáneas; era esencial tanto para su técnica de trabajo como para su teorizar. Le permitía confrontar al paciente y al público científico (la doble audiencia de Freud) con el hecho de que las producciones del paciente no debían ser desechadas como artefactos de una situación particular, ni por haber sido inducidas por el terapeuta, sino que, por el contrario,

debían ser explicadas sobre la base de las actividades psíquicas propias del paciente (De Swaan 1980, p.405).

Hace ya tiempo que quedó claro que este ideal no es apropiado para las ciencias sociales. Simplemente, no ha sido posible producir, en una forma concreta, una "situación social cero", aunque en su papel de fantasía utópica directriz ha tenido una influencia más bien negativa en la práctica psicoanalítica. La mantención estricta de los parámetros (encuadre) debe ser atribuida al hecho de que los analistas los entienden predominantemente como reglas de juego y no como medio para asegurar una estrategia de tratamiento favorable. Wittgenstein trató, aforísticamente, la pregunta de cuán fiablemente tales reglas, aparentemente claras, conducen a la meta deseada:

Una regla está ahí, como un poste de señalización. ¿Deja lugar a dudas sobre el camino que debo emprender? ¿Señala la dirección en que debo ir después de pasar junto a él: si acaso seguir por la carretera, o por el camino peatonal o quizás a campo traviesa? ¿Dónde está dicho qué camino deba seguir: el de la dirección de su dedo o, por ejemplo, el sentido opuesto? Y si no fuera un poste simple de señalización, sino una cadena de postes adyacentes o de rayas de tiza en el suelo, ¿existe una sola manera de interpretarlas? Sólo así puedo decir que el poste de señalización no deja lugar a dudas. O más bien: a veces deja lugar a dudas y a veces no. Y ahora, ésta ya no es una proposición filosófica, sino empírica (Wittgenstein 1953, pp.39-40).

Refiriéndose al concepto de regla en Wittgenstein, Habermas (1981) elaboró la relación entre la introducción de reglas y la posibilidad resultante de establecer significados idénticos y validez intersubjetiva para símbolos simples:

En el concepto de regla confluyen los dos aspectos que caracterizan el uso de símbolos simples: significación idéntica y validez intersubjetiva. Lo que una regla significa en general, puede ilustrarse discrecionalmente en cualquier hecho ejemplar (Habermas 1981, vol.2, p.31).

Las reglas crean una identidad de significados, porque aseguran que los fenómenos que siguen las reglas pueden ser buscados como constantes de entre una multitud de eventos. Ellas constituyen "la unidad en la multiplicidad de sus manifestaciones ejemplares, en las diferentes formas de hacerse reales o de aplicarse" (Habermas 1981, vol.2, p.32). Estas reflexiones son de gran importancia para la comprensión de las reglas que constituyen la situación analítica. Ellas subrayan que lo que el comportamiento de analista y paciente signifique está unido a la existencia de reglas generales. La trivialidad de algunas reglas, de la que Freud habla en la cita anterior, es el resultado de los afanes de lograr una identidad de significados, aun más allá de los límites de una situación de tratamiento dada. Precisamente, en el campo del psicoanálisis, marcado por tantas inseguridades y contradicciones, las reglas han adquirido la función de mantener estable la cohesión del grupo. El que las reglas sean comunes a todo analista desempeña el papel de marca profesional. Esto explica, por ejemplo, por

qué el uso del diván o la alta frecuencia de sesiones han llegado a ser criterios esenciales para decidir si un tratamiento determinado de-berá ser calificado, o no, como "análisis".

El sentido de las reglas reside en la intersubjetividad de su validez. De hecho, una función importante de las reglas es permitir el intercambio intersubjetivo, lo que es particularmente verdadero en psicoanálisis. Un encuadre uniforme asegura que los hallazgos sean comparables, posibilitando así la estandarización del proceso psicoanalítico (Bachrach 1983). La estandarización es necesaria cuando se trata de comparar datos clínicos y de generalizar observaciones; de otro modo, el analista tendría que restringirse a observar y describir fenómenos desde un punto de vista aleatorio. El paciente puede reaccionar de muchas maneras diferentes, por ejemplo, frente al diván o frente a la posición decúbito, pero el analista posee un cierto espectro de experiencias referentes a estas reacciones, pudiendo, por eso, extraer conclusiones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, la estandarización del marco externo a menudo ofrece sólo la apariencia de uniformidad, ya que el efecto de las reglas depende en una gran medida de factores adicionales. La estandarización no debe llevarse hasta el punto en que se convierta en obstáculo para el proceso terapéutico.

En términos de Wittgenstein, nos encontramos aquí frente a proposiciones empíricas que atañen a comparaciones entre reglas, vías y metas. De verdad, modificamos las reglas cuando éstas están erradas, por ejemplo, cuando el recostarse sobre el diván tiene un efecto inhibitorio sobre el paciente.

La diversidad de los parámetros es también la razón de por qué las reglas de tratamiento psicoanalíticas no forman un sistema estructurado cerrado, sino que son más bien una colección de directivas sobre áreas diversas y con distinto contenido imperativo. Las recomendaciones de tratamiento más importantes de Freud están dispersas en más de una docena de escritos. Un grupo de estudio del Instituto Sig-mund Freud (Frankfurt del Main) hizo una lista de 249 de tales recomendaciones e intentó clasificarlas. La ordenación en 11 categorías, que van desde "reglas de comportamiento" hasta reglas "para llegar a un diagnóstico", ilustra la diversidad y los distintos niveles de abstracción de estas recomendaciones (véase Köhler-Weisker 1978, Argelander 1979).

Es difícil distinguir cuántas de estas instrucciones son efectivamente reglas de juego del ajedrez psicoanalítico y representan su núcleo constitutivo. Al contrario del ajedrez, no hay reglas cuyo único efecto sea el que dos personas se junten para jugar. Las reglas psicoanalíticas son siempre reglas estratégicas que deben ser negociadas y continuamente confirmadas en cada relación individual. Esto diferencia el psicoanálisis del ajedrez, donde las reglas de juego y las reglas estratégicas están claramente separadas unas de otras.

Las reglas de tratamiento están fundamentalmente orientadas a una meta. Como lo documentó Tafertshofer (1980), ellas pueden ser concebidas como pasos individuales en el método psicoanalítico y así comparadas con otros métodos científicos. Esta orientación a metas prohíbe, sin embargo, precisamente ese tipo de canonización de las reglas, lo que en ajedrez se da por descontado. Freud era consciente de este problema y dio prioridad a la funcionalidad (*Zweckmäßigkeit*, o sea, la adecuación de los medios a los fines).

Tenemos la impresión de que una discusión crítica sobre la utilidad de las reglas es algo que todavía está poco desarrollado en psicoanálisis. Es demasiado frecuente que las reglas no sean justificadas en función de su adecuación, sino en relación a su anclaje en la teoría psicoanalítica. Ahora bien, este anclaje teórico es un asunto espinoso. Westmeyer, en una revisión crítica de las reglas de terapia conductual, ha hecho reflexiones que son igualmente válidas para entender las reglas psicoanalíticas. El demuestra que la deducción de reglas tecnológicas desde conocimientos de ciencias básicas es una utopía: "Por eso, las reglas tecnológicas no son verdaderas o falsas, como las leyes o afirmaciones de teorías científicas, sino, más bien, más o menos eficientes o efectivas, en la medida en que después de la aplicación de las recomendaciones resulte el estado buscado" (Westmeyer 1978, p.123). Discutiremos en más detalle este problema en el capítulo 10.

En relación al psicoanálisis, se puede constatar que sus teorías se preguntan de manera muy predominante por las condiciones de la génesis de los trastornos, mientras que las reglas técnicas se orientan a las condiciones necesarias y suficientes para un cambio: la técnica en psicoanálisis no es simplemente una aplicación de la teoría.

La relación entre la función regla de juego y la función estratégica en un tratamiento psicoanalítico particular fluye constantemente. Las necesidades de seguridad y los problemas de identidad estimulan, por parte del analista, la absolutización de las reglas. Las dificultades que surgen en el proceso terapéutico a menudo obligan a un examen de las reglas y, con eso, a poner en cuestión las recomendaciones terapéuticas. Los pacientes también contribuyen a esta fluctuación: a un paciente listo no se le puede pasar por alto que el analista procede de acuerdo con ciertas reglas, aun cuando éste no diga nada sobre ellas. El paciente mismo planteará frecuentemente preguntas sobre la justificación de tal procedimiento. Sin embargo, más tarde o más temprano, el encuadre mismo será objeto de preguntas críticas. Los parámetros que constituyen el encuadre pierden entonces temporalmente su carácter de marco y serán ardorosamente discutidos hasta que hayan sido entendidos y resueltos los determinantes inconscientes que condujeron al paciente a cuestionarlos, o hasta que, correspondientemente, el encuadre sea modificado. Las reglas de tratamiento tienen la tendencia natural de convertirse en el escenario del conflicto entre paciente y analista; ésta es una experiencia que no puede ser evitada y que incluso no debiera serlo.

Usando el ejemplo de pacientes con trastornos superegoicos, Cremerius (1977) ha demostrado, convincentemente, que los pacientes, a su vez, hacen propias las reglas del analista y comienzan a tratarlas como absolutas. De más está decir que la efectividad de un tratamiento es puesto igualmente en peligro por una absolutización de las reglas, como por un cuestionamiento irrestricto de cada uno de los acuerdos que contribuyen a estructurarlo. Desde un punto de vista terapéutico, es indispensable que el analista varíe las reglas de acuerdo con la situación y con el trastorno individual del paciente. Parafraseando el proverbio, se puede decir que en psicoanálisis las excepciones son la regla. Cuándo y cómo explica el analista las reglas por él mismo introducidas, es algo determinado en gran medida por el carácter de la relación terapéutica. Nosotros abogamos por una explicación cuidadosa de las reglas en atención a su utilidad (*Zweckmäßigkeit*) terapéutica, sin

ocultar las ventajas para la situación de trabajo del analista ni las desventajas para el bienestar actual del paciente. El proceso analítico se desarrolla entonces en el juego recí-proco entre el cuestionamiento y el restablecimiento fortalecido de las reglas que acompañan el tratamiento. En los casos favorables, analista y paciente llegan, a lo largo de este juego recíproco, a un acuerdo sobre las reglas óptimas para el trata-miento en cuestión.

Hemos mencionado poco antes que las recomendaciones técnicas en psico-análisis reflejan todo el espectro de supuestos teóricos básicos e ideas sobre metas terapéuticas, como también el bagaje de experiencias clínicas. No pretendemos en este capítulo hacer una exposición exhaustiva de todas las reglas de tratamiento importantes, sino, más bien, quisiéramos tomar posición en relación a algunas recomendaciones especialmente cruciales, entre las que destaca el problema de la abstinencia, pues ésta se refiere a un principio técnico básico. Tratamos este punto en varios lugares: en la introducción, en los capítulos sobre transferencia, contra-transferencia, primera entrevista y proceso psicoanalítico (capítulos 2, 3, 6 y 9, respectivamente). La abstinencia es, por cierto, un factor importante en la regla fundamental del psicoanálisis y en la atención parejamente flotante del analista, como veremos en la sección siguiente (7.2.3). Con todo, el problema de la abstinencia será también tratado aquí, pues éste ejemplifica, de manera particularmente clara, la función múltiple de las reglas psicoanalíticas y las dificultades que sur-gen de ello.

En psicoanálisis, la abstinencia presenta dos aspectos: como regla, impone limitaciones específicas al paciente, y, como recomendación de neutralidad analítica, coloca restricciones al terapeuta. Laplanche y Pontalis (1972) definen el principio de abstinencia como la "regla de acuerdo con la cual debe conducirse el trata-miento analítico de un modo tal, que se asegure que el paciente encuentre tan pocas satisfacciones sustitutivas para sus síntomas como sea posible" (p.22). La neutralidad es "una de las características definitorias de la actitud del analista duran-te el tratamiento" (p.331). En lo sustancial, ambos aspectos constituyen una pare-ja; por un lado, se basan en las características de toda relación profesional y, por el otro, en las peculiaridades de la situación analítica. Cremerius (1984) ha descrito el destino del concepto de abstinencia en términos muy impactantes. Este autor señala que la primera vez que Freud específicamente necesitó recurrir a esta regla, fue a causa de los problemas que encontró en el tratamiento de mujeres histéricas. Los deseos de relaciones amorosas concretas amenazaban la relación profesional. En primer lugar, el precepto de la abstinencia tiene la función de una "regla de juego", es decir, una regla que asegura la continuación del análisis: "la relación de amor pone término a la posibilidad de influir mediante el tratamiento analítico; una combinación de ambos es una quimera" (Freud 1915a, p.169). En este con-texto, Freud cita la norma moral de validez universal, que él quiso reemplazar por consideraciones metodológicas. Hablando estrictamente, no se trata tanto de mora-lidad general, sino de una norma muy específica que establece el marco de la rela-ción entre analista y paciente al modo de una regla de juego.

Con todo, la significación sobresaliente de la regla de la abstinencia resulta del planteamiento de Freud de reemplazar una argumentación normativa por otra meto-dológica. Mientras que la ética médica urgiría el rechazo estricto de los

senti-mientos amorosos del paciente, Freud recomienda no perturbar su desarrollo, sino más bien usarlos para alcanzar y analizar mejor los impulsos desiderativos reprimidos. No sólo en base a la ética médica, sino también por razones de método, él afirmó que los deseos eróticos no deberían ser satisfechos: La cura tiene que ser realizada en la abstinencia; sólo que con ello no me refiero a la privación corporal, ni a la privación de todo cuanto se apetece, pues quizás ningún enfermo lo toleraría. Lo que quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la modificación, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados (Freud 1915a, p.168).

El propósito de esta recomendación es la mantención de una diferencia de potencial favorable, que se supone mantiene el proceso terapéutico en movimiento. Es necesario destacar que el argumento de Freud es meramente plausible: la conveniencia (Zweckmäßigkeit) de mantener la tensión puede investigarse y probarse en el caso individual. La advertencia al terapeuta de no aparecer haciendo concesiones a las pacientes, sea por amabilidad o con intenciones terapéuticas, está también basada en argumentos plausibles capaces de ser fundamentados clínicamente.

Pero el asunto no se quedó ahí. Esta argumentación técnica se alió con los supuestos de la teoría de la pulsión, los que dieron un cimiento a la abstinencia y a la correspondiente actitud de estricta neutralidad por parte del analista. Freud mismo jugó un papel importante en este desarrollo. Cuatro años después de su primera justificación de la regla de la abstinencia, escribió:

En la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación -de abstinencia- [...].

Recuerdan ustedes que el paciente enfermó a raíz de una frustración (Versagung) y que sus síntomas le prestan el servicio de unas satisfacciones sustitutivas. En el curso del análisis pueden observar que toda mejoría de su padecer aminora el tempo del restablecimiento y reduce la fuerza pulsional que esfuerza hacia la curación. Ahora bien, no podemos renunciar a esta fuerza pulsional; su reducción sería peligrosa para nuestro propósito terapéutico [...]. Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva (Freud 1919a, p.158; cursiva en el original).

En este contexto, Freud recomienda que el analista debiera "erigirlo [el padecer del paciente] en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible", detectar "satisfacciones sustitutivas" y pedir al paciente "que renuncie a ellas" con el objeto de que la energía necesaria para el análisis no se escape de entre los dedos. Esto es especialmente necesario en el caso de gratificaciones transferenciales secretas. En contraste con 1915, donde recomendaba sólo una diferencia de potencial favorable, Freud opta ahora por la tensión máxima posible, aumentando así fuertemente la estrictez de la regla de la abstinencia, estrictez que se fundamenta tanto en la teoría de la génesis de los síntomas como en consideraciones económicas.

Ya hemos explicado que la deducción de reglas desde la teoría es utópica, y a menudo dañina, porque así la cuestión de la adecuación (*Zweckmäßigkeit*) de las reglas es relegada a un segundo plano. La regla de la abstinencia es un ejemplo particularmente bueno, ya que ha tenido efectos claramente desfavorables en el desarrollo de la técnica psicoanalítica. Cremerius (1984) señala que las particularidades específicas del tratamiento de la histeria fueron ilícitamente incorporadas al tratamiento de otros tipos de neurosis. Deseos que en mujeres histéricas pueden tener un carácter resistencial evidente, en neurosis obsesivas, fóbicas o de angustia, pueden tener significados completamente diferentes. La preocupación del analista de que el paciente pueda encontrar gratificaciones secretas en la transferencia conduce a una actitud defensiva. La función de la regla de la abstinencia ya no es producir una diferencia de potencial favorable que ponga en movimiento un desarrollo, sino más bien impedir cursos desfavorables. La idea de la indispensable frustración como motor del cambio, ha llegado a ser más que discutible y, sobre todo, ha impedido la consideración de los efectos desfavorables para el proceso terapéutico de una neutralidad exagerada por parte del analista. Para la justificación del precepto de neutralidad no son necesarios los argumentos sacados de la teoría de la pulsión; éste puede ser fundamentado también metodológicamente. En este sentido, la exigencia de neutralidad se refiere a diferentes campos: en relación al trabajo con el material ofrecido por el paciente, el analista debe renunciar a seguir sus propios prejuicios; en el terreno de la ambición terapéutica, el analista debe renunciar a técnicas sugestivas; en el área de las metas del tratamiento, el analista no debe seguir sus propios valores; y, finalmente, en relación al problema de la contratransferencia, el analista debe rechazar cualquier satisfacción secreta de sus propios deseos pulsionales.

Como principio fundamental del método psicoanalítico, la regla de la neutralidad tuvo, desde el principio, una inmensa importancia para la garantía de objetividad y para el establecimiento de una identidad psicoanalítica. El ideal de las ciencias empíricas jugó en esto un papel decisivo. Por estas razones, es difícil encontrar otra regla psicoanalítica con mayor riesgo de ser absolutizada. Entretanto, sin embargo, se ha formado un amplio frente en contra de la absolutización. En 1981, ninguno de los participantes en el simposio de la Asociación Psicoanalítica Americana se pronunció por una aplicación incondicional de una estricta neutralidad analítica (Leider 1984). La experiencia de que se debe permitir, a veces más, a veces menos, gratificación, motivó a Freud a tomar una actitud más flexible en relación a la regla de la abstinencia. Nosotros no tenemos nada en contra de compromisos pragmáticos, mientras no estén en juego razones éticas, y mientras éstos se puedan justificar metodológicamente. Aún más, creemos poder dar un paso hacia adelante, y creer que actualmente los psicoanalistas, por razones de principio, están en condiciones de afrontar con mayor seguridad la regla de la abstinencia. Como ya hemos señalado, la preocupación profesional sobre la posibilidad de gratificar demasiado al paciente, se reforzó considerablemente con argumentos venidos de la teoría de la pulsión. Bajo su influencia, se estableció el ideal de la abstinencia total, con el objeto de levantar la máxima presión intrapsíquica a través de denegar la gratificación edípica, y así desviar las energías psíquicas (cuya descarga es de este modo bloqueada) hacia la

revivificación de los recuerdos. A pesar de que se sigue usando la jerga, la mayoría de los analistas han abandonado la hipótesis de la catexis (esto es, el principio económico) en su trabajo clínico. Este proceso empezó décadas atrás, cuando Balint (1935) atribuyó a la ternura una importancia propia, apoyándose en el hecho de que Freud nunca le asignó significación como teoría alternativa. En tanto la condescendencia y el reconocimiento no sean mal-entendidos como estímulos sexuales, no se justifica la angustia del analista de que la más mínima concesión puede conducir por el desvío. La liberación de las cadenas de la regla de la abstinencia puede verse muy claramente en la técnica de Kohut del reconocimiento narcisista. En vista a nuestras decididas dudas sobre la existencia de un narcisismo independiente, debemos suponer, claro está, que tal gratificación narcisista tiene connotaciones edípicas, de tal modo que ella deberá tener, de todos modos, efectos sobre la transferencia libidinosa. Con todo, Kohut tiene razón cuando dice que la regla de la abstinencia debe, hoy por hoy, entenderse de manera diferente. Si consideramos además la función múltiple de las reglas, que hemos discutido, entonces un cambio en un área determinada bastará para poner en movimiento una corrección en el todo.

## **7.2 La asociación libre como regla fundamental de la terapia**

### **7.2.1 Características y desarrollo del método**

La asociación libre no sólo ocupa el primer lugar en la jerarquía de las reglas. En una carta a Stefan Zweig, del 7 de febrero de 1931, Freud (1960a) menciona, con evidente conformidad, que la técnica de la asociación libre ha sido mirada por muchos como la contribución más importante hecha por el psicoanálisis. También Jones (1954, p.265) cuenta la introducción de la asociación libre, junto al descubrimiento de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo en el marco de su autoanálisis, entre los grandes hechos en la vida científica de Freud. Jones apoya su apreciación en el hecho de que la asociación libre ayuda a encontrar el camino hacia los pensamientos oníricos latentes en la interpretación de los sueños. La formación onírica puede ser reconstruida, porque "[...] con el abandono de las representaciones-meta (*Zielvorstellungen*) conscientes se entrega a unas representaciones-meta ocultas el gobierno sobre el curso de las representaciones" (Freud 1900a, p.525; la cursiva es nuestra). Las asociaciones son vistas como indicadores de aquellas "representaciones-meta" a las que el paciente no tiene acceso sin la ayuda interpretativa del analista, porque pertenecen al inconsciente psicodinámico. Sólo más tarde se asignó al método de la asociación libre, de manera expresa, el status de regla fundamental. En un informe en tercera persona sobre su propia técnica, Freud describió así su desarrollo:

El que esto escribe intentó entonces esforzar también a sus pacientes no hipnotizados a que comunicasen asociaciones (*Assoziation*), y ello con el objeto de

hallar por medio de ese material la vía hacia lo olvidado o lo caído bajo la defensa. Más tarde notó que ese esforzar no era necesario, pues en el paciente casi siempre emergían copiosas ocurrencias, sólo que las apartaba de la comunicación, y aun de la conciencia, en virtud de determinadas objeciones que él mismo se hacía. En la expectativa [...] de que todo cuanto al paciente se le ocurría acerca de un determinado punto de partida se hallaba por fuerza en íntima trabazón con éste, se obtuvo la técnica de educarlo para que renunciase a todas las actitudes críticas, y de aplicar el material de ocurrencias (Einfall) así traído a la luz para el descu-brimiento de los nexos buscados (Freud 1923a, p.234).

Estrictamente, existen diferencias importantes en el significado de Einfall (ocurrencia) y Assoziation (asociación), palabras que habitualmente son traducidas al inglés, indistintamente, como association y que, en realidad, también en alemán son usadas a menudo como sinónimos. A una buena ocurrencia le corresponde una connotación creativa, es decir, el carácter de algo nuevo y único, mientras que el sentido de la palabra asociación acentúa la conexión con otra cosa. Por lo menos en el plano de la experiencia subjetiva, una ocurrencia es la expresión espontánea de procesos de pensamiento que llevan a nuevas configuraciones. Por el contrario, es el analista quien ensambla las asociaciones del paciente en un todo significativo. Las ocurrencias tienen una función integrativa que las acerca a la experiencia del insight, como Niederland (véase Seidenberg 1971) ha señalado. Strachey discutió las dificultades de traducir el término Einfall al inglés, en una nota al pie de la Standard Edition, en el capítulo sobre los actos fallidos de las Conferencias de introducción (1916-17) (problema por lo demás irrelevante para la traducción castellana, pues la palabra "ocurrencia" contiene prácticamente las mis-mas connotaciones del Einfall alemán. En la traducción de J.L. Etcheverry esta nota fue suprimida, seguramente por esa razón; nota de J.P. Jiménez):

Si una persona está pensando en algo y decimos que tuvo un Einfall, implica que algo más ha ocurrido en su mente. Pero cuando decimos que tiene una "asociación", eso parece implicar que aquello que además le ha ocurrido, de alguna manera se conecta con lo que estaba pensando anteriormente. Gran parte de la discusión en estas páginas gira en torno a si acaso el segundo pensamiento se conecta de hecho (o está necesariamente conectado) con el pensamiento original: si acaso se trata de un Einfall o de una "asociación". De tal modo, traducir Einfall por asociación es ya optar por un prejuicio. Sin embargo, no siempre es fácil evitar esta interpretación, en especial en la expresión freie Assoziation, que inevitablemente debe traducirse por "asociación libre". En la presente discusión deben hacerse todos los esfuerzos por evitar la ambigüedad, aun a costa de una fraseología algo engorrosa (Standard Edition vol. 15, p.48).

Los contextos del descubrimiento y del origen de la asociación libre están, ¡cómo podría ser de otra manera!, profundamente entrelazados en la historia de las ideas. Nos limitaremos a hacer algunas anotaciones sobre el contexto histórico contemporáneo. Incluir los fenómenos psíquicos bajo el postulado del determinismo psíquico permanente, formaba parte de la tradición de la escuela de Helmholtz, en la que Freud estaba incorporado a través de su maestro Brücke; Freud entonces,

también subordinó la asociación libre a este postulado. Igualmente fuerte era la influencia de Herbart y Fechner en la psicología de fin de siglo; a través de su maestro Meynert y de su teoría de la asociación, Freud se había familiarizado con ella. Herbart ya había acuñado conceptos como "apercepción interna", y considerado las "ideas libremente ascendentes" (freisteigende Vorstellungen) dinámicamente, esto es, desde el punto de vista de su inhibición recíproca. Para, al menos, mencionar que la historia de la asociación libre no se restringe al pensamiento científico, debemos citar una fuente muy diferente: Bakan (1958) sospecha que el origen de la asociación libre se debe localizar en las técnicas meditativas empleadas en la mística judía.

No es este el lugar para precisar dónde reside la originalidad de la asociación libre en relación a algunos de sus precursores. Lo que sí es seguro es que la técnica de Freud se desarrolló gradualmente a partir de la hipnosis y del método catártico de Breuer. En su autoanálisis, la asociación libre fue de gran ayuda a Freud. Desde un punto de vista actual, no es exagerado decir que, experimentando en sí mismo, Freud descubrió, a través de la asociación libre, la importancia del fantasear para el conocimiento de los procesos psíquicos inconscientes (véase Freud 1926c).

La psicología de la asociación apadrinó la introducción del método de la asociación libre. Se pensó que las asociaciones del paciente, que pueden ensamblarse en series de eslabonamientos y puntos nodales, están timoneadas por "complejos inconscientes". En suma, se podría decir que el "complejo" concebido por Jung (1906), que guía las reacciones en los estudios de asociación experimentales, encontró en el pensamiento de Freud su primera contrapartida, en la convicción de que todos los fenómenos psíquicos están determinados por deseos inconscientes. Un comentario temprano de Freud reza así:

La tarea del psicoanálisis se plantea de manera uniforme para todos los casos; es preciso descubrir complejos que fueron reprimidos a consecuencia de sentimientos displacenteros y que, a raíz del intento de introducirlos en la conciencia, dan de sí unos indicios de resistencia (Freud 1906c, p.94).

Freud trató de llegar a estos complejos, primero a través de la hipnocatarsis y del procedimiento de presión, y, finalmente, a través de la asociación libre. Comentó que los estudios de asociación de Jung hicieron posible "efectuar rápidas corroboraciones experimentales de testimonios psicoanalíticos y documentar ante los estudiantes ciertas constelaciones que el analista sólo habría podido relatar" (1914d, p.27).

Para Freud, el método de la asociación libre, regla fundamental del psicoanálisis, se inscribe dentro de la tradición de la psicología experimental de Wundt, que fue continuada con los experimentos sobre asociación de Jung. La puesta al día histórico-crítica de la teoría del asociacionismo ha tenido considerables consecuencias para nuestro entendimiento de la regla fundamental (Rapaport 1974; Bellak 1961; Colby 1960; Wyss 1958). Del estudio de Zilboorg (1952, p.492), deducimos que a Freud no sólo le era familiar la escuela inglesa de la psicología asociacionista -es bien sabido que tradujo una obra de John Stuart Mill- sino que, con toda pro-

babilidad, también tenía información sobre un primer autoexperimento en asociación libre, llevado a cabo nada menos que por Galton.

Si pensamos que la terapia consiste en integrar partes en un todo, en ensamblar los elementos como piezas de un rompecabezas o de un puzzle, se entiende entonces que los principios de la psicología de la Gestalt, puestos de relieve por Bernfeld (1934), hayan estado implicados desde el comienzo. A causa de la importancia de esta publicación, relativamente poco conocida y, hasta donde sabemos, aún no traducida, quisiéramos citarla extensamente:

La interpretación de los sueños, el método terapéutico del psicoanálisis, cada sesión individual de análisis, como también extensas áreas de trabajo psicoanalítico en investigación aplicada, se basan en series de pensamientos, imágenes, acciones y afectos que se encuentran, en esencia, en las palabras y sentencias que se presentan al terapeuta e investigador. La tarea de éste, o mejor, su tarea preliminar, consiste en conocer las leyes de esas secuencias. Sobre la base de esas leyes secuenciales puede él entonces explicar, interpretar e influir. En la terminología poco rica de la psicología antigua, se usó la palabra "representación" (Vorstellung) para designar el material de investigación del psicoanálisis, término, aunque al principio de alguna utilidad, de ningún modo preciso y correcto. Las asociaciones de ideas (representaciones) designan entonces, aproximadamente, las secuencias que son presentadas al analista y cuyas leyes debe descubrir. En los primeros tiempos del psicoanálisis estaba totalmente justificado hablar de asociaciones, ya que las secuencias generalmente no se referían a objetos, sino más bien se las consideraba determinadas por fuerzas y metas "internas". De ningún modo esto hace del psicoanálisis una psicología asociacionista (Bernfeld 1934, p.43).

La transición de la asociación centrada en un tema a la asociación libre se realizó a la luz de experiencias que Freud tuvo en los tratamientos y que lo llevaron a reconocer la "resistencia" y la "transferencia" como características constitutivas de las disposiciones inconscientes de los pacientes. Lo que para la hipnosis permaneció totalmente escondido, y con ello inaccesible para el trabajo terapéutico, llegó a entenderse como esencial a través de la introducción del nuevo método. Con esto aludimos a la íntima interdependencia e interrelación entre contenido y método en psicoanálisis o, lo que es lo mismo, a las fructíferas consecuencias que debía tener la asociación libre sobre las posteriores reflexiones teóricas de Freud. Un factor notable es la ayuda que Freud recibió de sus pacientes en el desarrollo de la asociación libre. Por ejemplo, Emmy von N. replicó la insistencia con la que él buscaba el origen de sus síntomas, diciendo que no debía estarle preguntando siempre de dónde venía esto o estotro, sino dejarle contar lo que ella tenía para decirle (Freud 1895d, p.84). La conversación, desde entonces conducida de manera creciente en la forma de asociación libre, no era "un despropósito, como pudiera parecer; más bien incluye la reproducción, bastante completa, de los recuerdos e impresiones nuevas que han influido sobre ella desde nuestra última plática, y a menudo desemboca, de una manera totalmente inesperada, en reminiscencias patógenas que ella apalabra sin que se lo pidan" (Freud 1895d, p.78).

Este "poner en palabras" (Absprechen) pareciera ser vecino de la abreacción (Abreagieren). En lo sucesivo, Emmy von N. concurrió espontáneamente a la conversación con pensamientos, como "para complementar la hipnosis", como Freud mismo lo hace notar (1895d, p.78). A través de las ocurrencias (Einfall) libres, co-mo expresión de espontaneidad personal y de libertad de opinión, nació la curación a través de la conversación (talking cure). Con esto se produjo el giro desde la anterior pasividad del paciente (que debía responder preguntas o desahogarse [ab-reagieren] a través de la catarsis hipnótica) a su participación activa en la estructuración del diálogo. Esta manera de organizar la técnica de tratamiento facilitó la asociación libre. Freud (1900a, p.124) subrayó que a algunos pacientes les es difícil comunicar los pensamientos emergentes. Al mismo tiempo, empero, informa sobre su experiencia: "Sin embargo, [...] el estado de autoobservación en que se ha abolido la crítica, en modo alguno es difícil. La mayoría de los pacientes lo consuman después de las primeras indicaciones" (1900a, pp.124-5). La libre asociación se desarrolló a partir de la hipnosis, en el sentido de una "conversación entre dos personas igualmente alertas" (Freud 1904a, p.238).

### **7.2.2 Comunicación de la regla fundamental**

El contexto en el cual se comunica la regla fundamental merece una atención especial. A menudo, en una misma sesión y casi de un solo tirón, se discute la regla fundamental y las formalidades del tratamiento, como son los arreglos sobre honorarios, horario de las sesiones y vacaciones, asuntos que, por lo demás, en muchas personas no despiertan sentimientos precisamente agradables. Y de hecho, los distintos aspectos del arreglo se llegan a asociar tan estrechamente, que, muy a menudo, se malentiende la regla fundamental como casi equivalente al contrato, es decir, al convenio relativo a honorarios y al procedimiento a seguir en el caso de interrupciones o de sesiones que no se llegan a realizar. Las ansiedades que el paciente ya trae consigo se refuerzan ante la desacostumbrada perspectiva de tener que descubrir ante un extraño los secretos mejor guardados. En el mejor de los casos, en el curso de la terapia nos enteramos de que no son pocos los pacientes que deciden, durante la comunicación de la regla fundamental, guardar algo para ellos. Inicialmente, no hay mucho más aparte del placer en contar fábulas. Freud trató de aclarar con una anécdota el porqué de no hacer ninguna excepción con el guardarse secretos para sí: "Supongamos que en una ciudad como Viena se admita, como excepción, que no está permitido efectuar arrestos en un lugar como el Hohe Markt o la iglesia de San Esteban, y después nos empeñemos en dar caza a determinado criminal. No se le hallará en otro lugar que en ese refugio" (Freud 1916-17, p.264).

La regla fundamental entra en conflicto con las representaciones ideales y con las normas de conducta previas, por razones imputables al superyó. El paciente clasifica la exigencia de asociar libremente en la misma categoría que toda la serie de antiguos preceptos (cuya adopción trajo como consecuencia que muchas fuerzas contrarias pasaran a la clandestinidad). ¿Es realmente inevitable que, como lo expresó A. Freud (1936), se produzca una lucha en torno a la adhesión a

la regla fundamental? Lo decisivo es la manera como los pacientes experimentan la regla fundamental, y naturalmente esta vivencia no es algo preexistente, sino una variable que depende de la situación y del proceso: ¡mientras más "sagrada" sea la observación de la regla fundamental, más poderosas serán las fuerzas opuestas! Las palabras tienen un peso propio, capaz de crear realidades. Quien habla de lucha terminará luchando. Después de todo, ¿tiene algún sentido luchar cuando la sola mención de la palabra despierta fuerzas encontradas, puesto que el paciente quisiera ganar, por lo menos, una vez? Hay ciertamente muchos caminos de autoafirmación. La experiencia analítica enseña que, en el nivel simbólico, muchas cosas se pueden armonizar con la reserva mental: cuántos pacientes guardan algún secreto por largo tiempo, quizás para siempre. De acuerdo con la teoría analítica, derivados de este secreto y sus raíces inconscientes deberán entrar indirectamente en la elaboración. En este caso, hasta deberíamos esperar síntomas que permitan deducir un foco patógeno, es decir, psicodinámicamente activo. Freud no permitía ninguna excepción a la regla fundamental y exigía de los pacientes una honestidad absoluta; según él, no da buenos resultados hacer excepciones. En un caso en que se permitió hacer una excepción, el paciente, un oficial de alta graduación bajo obligación de sigilo por razones de su cargo, estuvo satisfecho con el resultado del tratamiento; Freud, en cambio, no lo estuvo, y atribuyó esta falta de satisfacción al hecho de haber permitido una excepción (1916-17, p.264). ¿Qué sentido tiene obligar a un paciente a ser honesto, cuando simultáneamente se sabe que resistencias internas lo impiden? La exigencia de honestidad absoluta intensifica la mala conciencia del paciente y, consecuentemente, aumentarán sus sentimientos de culpa inconscientes, lo que conducirá a reacciones terapéuticas negativas. Por el contrario, nos ha dado reiterados buenos resultados no luchar por la regla fundamental, sino permitir excepciones, en la confianza de que la construcción de una relación fiable finalmente otorgará al paciente la suficiente seguridad para confiar también aquellos secretos bien guardados. Freud parece haber tenido semejantes experiencias cuando dice:

Acerca de la poca eficacia de los contratos que se establecen con el paciente por medio de la regla fundamental del psicoanálisis puede uno mismo convencerse, por lo general [...] (1913c, p.136).

Nuestra crítica a la formulación autoritaria de la regla fundamental no se debe entender como un alegato en favor de su derogación. A decir verdad, a través de nuestros argumentos esperamos contribuir a un manejo de ella que incremente la libertad del paciente y su capacidad de asociar. En una comunicación personal, Gill (1984) nos ha llamado la atención sobre el hecho de que utilizar las ocurrencias con propósitos de interpretación, sin haber previamente familiarizado al paciente con el sentido de la regla fundamental, en ningún caso es signo de tolerancia, sino más bien de autoritarismo encubierto. El paciente debe saber, en todo caso, que él puede contribuir al progreso de la terapia y aliviar el oficio del analista, pero también que puede hacerlo más difícil, puesto que escuchar conscientemente algunos temas y ocultar ocurrencias es siempre una

complicación, que sin duda puede ser iatrogénicamente reforzada: el paciente lucha en contra de la caricatura que el ana-lista le ha bosquejado.

La exigencia de asociación libre pareciera conducir a un dilema. En la medida en que sus esfuerzos conscientes y su libertad de decisión se lo permitan, el paciente puede decir todo lo que se le ocurre. La regla debe animarlo a abandonar la elección crítica consciente, en aras del juego espontáneo de pensamientos. Si se observan las emociones y los pensamientos descritos por el paciente bajo el punto de su determinabilidad, éstos aparecen entonces como no libres, en el sentido de motivados. El paciente no puede disponer de las conexiones de motivación latentes, porque el despliegue de los pensamientos, y de los deseos inconscientes y pre-conscientes, está interrumpido por la llamada censura. La ayuda interpretativa en la superación de la censura facilita al paciente la vivencia de su dependencia de los deseos inconscientes y de las necesidades imperiosas, como también del enriquecimiento que resulta de la apropiación de ellos. La asociación libre no conduce entonces a una paradoja lógica verdadera o totalmente insoluble, sino que, claro está, hace evidentes las contradicciones que yacen en la tensión entre dependencia y autonomía. En realidad, incluso se podría considerar la regla fundamental como símbolo de la contradicción: se es más libre cuando uno se reconcilia con la dependencia del propio cuerpo y sus necesidades imperiosas, y de los demás de quienes no podemos prescindir.

Naturalmente, se desprende que en la comunicación de la regla fundamental se deben usar metáforas que permitan el paso de la estricta obligación de tener que decir todo, a la libertad interior de poder comunicar todo. Si acaso las metáforas propuestas en la literatura, de las cuales quisiéramos ofrecer algunas muestras, cumplen o no esta función, es algo que lógicamente depende de muchas circunstancias, entre las cuales su contenido semántico no se encuentra en el último lugar.

Empecemos con la famosa metáfora del viaje:

No interesa para nada con qué material se empiece -la biografía, el historial clínico o los recuerdos de infancia del paciente-, con tal que se deje al paciente mismo hacer su relato y escoger el punto de partida. Uno le dice, pues: "Antes que yo pueda decirle algo, es preciso que vaya averiguando mucho sobre usted; cuénteme, por favor, lo que sepa de usted mismo".

Lo único que se exceptúa es la regla fundamental de la técnica psicoanalítica, que el paciente tiene que observar. Se lo familiariza con ella desde el principio: "Una cosa todavía, antes que usted comience. En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en ésta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: esto o estotro no viene al caso, o no tiene ninguna importancia, o es disparatado y por ende no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haber registrado una repugnancia a hacerlo. Más adelante sabrá y comprenderá usted la razón de este precepto -el único, en verdad, a que debe obedecer-. Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. Compórtese como lo

haría, por ejemplo, un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla que describiera para su vecino cómo cambia el paisaje ante su vista. Por último, no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo" (Freud 1913c, pp.135-136).

Esta metáfora señala lo que se quiere decir con libre, esto es, no excluir nada voluntaria y conscientemente de la comunicación. Mientras la metáfora del viaje de Freud conduce a regiones vastas y lejanas, Stern (1966) prefiere la analogía de un viaje más peligroso en un espacio confinado. Frente al paciente simula que la consulta es como una torre de control, como una sala de comando de un submarino sumergido, e invita al paciente a mirar a través del periscopio y describir todo lo que ve afuera (1966, p.642). A ningún analista le va a ser especialmente difícil asociar con la metáfora del submarino, asociaciones que pueden ir desde la pantalla en blanco de los sueños (blank dream screen) de Lewin (1946) ante la visión de la inmensidad vacía del mar, hasta el barco de guerra enemigo como expresión de identificación proyectiva, sin mencionar la "regresión talásica" de Ferenczi.

Pero, ¿cómo se siente el paciente en el espacio confinado de la sala de comando? Puede ser que al comienzo se divierta con esta metáfora, recordando haber visto hace poco una caricatura en el "New Yorker" que representaba la "transferencia gemela" inconsciente de Kohut mediante dos capitanes de submarinos que observaban, a través del periscopio, los movimientos del otro, con el objeto de conducirlo a una ruta gemela. Pero, con toda probabilidad, al paciente no se le va a ocurrir un chiste aliviador de este tipo, sobre todo porque se trata de una caricatura inventada.

Supongamos que el paciente nunca ha estado en una sala de comando de un submarino, y que la situación analítica, como experiencia propia, le sea todavía extraña. Continuemos suponiendo que no es inhibido ni que tampoco le falta humor negro. Entonces, ¿qué podría responder el analista, si al paciente se le ocurre pedir al capitán del submarino que le muestre el manejo del periscopio, ya que él no ve nada debido a que no tiene experiencia con este instrumento? El analista puede tomar la vía fácil y esperar las siguientes asociaciones del paciente, para familiarizarlo con otra regla, que dice que las preguntas, por lo general, no se contestan y que deben ser aclaradas por otras asociaciones, es decir, por el paciente mismo. Dejamos a la fantasía del lector el imaginar si al final de este diálogo fingido disminuye o aumenta la confianza hacia el "capitán". No es necesario aclarar que hemos reaccionado con ironía frente a esta metáfora de la regla fundamental.

Aparentemente, a la mayoría de los analistas les cuesta llevar la "santa regla" de Freud (1916-17, p.264) a una forma profana que enriquezca su sentido. Esto puede deducirse del hecho de que las distintas maneras preferidas de formular la regla han sido discutidas hasta el detalle. Por ejemplo, Altmann (1976) comunica a su paciente: "Usted está autorizado para decir aquí cualquier cosa". Glover (1955) mani-festó críticamente:

El modo más frecuente de formular la regla básica de la asociación pareciera ser la siguiente: "Diga lo que le venga en mente". Con esto el paciente entiende que debe decir todo lo que piensa. En cambio, si la instrucción dijera: "Comuníqueme todo lo referente a sus sentimientos tal como surgen en sus pensamientos", el contenido ideativo aparecería en la mayoría de los casos necesariamente a continuación (Glover 1955, p.300).

Schafer (1976) da instrucciones con las siguientes palabras: "Yo espero que usted hable conmigo cada vez que venga. Al hablar, va a notar que retiene algunas cosas" (p. 147). Y continúa diciendo que, en vez de la formulación del tipo "¿qué le viene en mente?", el tipo de pregunta más acorde con el modelo de acción, teórica y técnicamente, es "¿qué piensa usted a este respecto?" o "¿con qué lo relaciona en este momento?" o "al pensar ahora en esto, ¿en qué piensa a continuación?" (p.148). Rechaza formulaciones como "diga, pues, todo cuanto le pase por la mente" o, "diga lo que se le ocurre", pues su contenido incrementa la pasividad y promueve la regresión. Agrega que tales formulaciones son remanentes de la hipnosis, que acompañan la negación de la responsabilidad sobre las propias acciones mentales probatorias. Schafer se dirige desde un comienzo al paciente activo y pensante, y con ello pretende ampliar la responsabilidad de aquél sobre sus motivos inconscientes. De este modo, el paciente ya no es un receptor pasivo de sus ocurrencias, sino su creador activo. Con el lenguaje de acción de Schafer, la responsabilidad del hombre se extiende también a sus deseos inconscientes.

Spence (1982b) criticó las formulaciones de Schafer, porque intensifican los aspectos superyoicos, de por sí ya rígidos, de la regla fundamental. Que nuestro carácter sea revelado por nuestras ocurrencias, no significa que las asociaciones puedan ser consideradas como acciones motivadas de las que somos tan responsables como de nuestros actos. Esta responsabilidad existe sólo en un sentido más amplio, como aclara Moore (1980). Sólo con la apropiación de las ocurrencias como una parte del propio yo, se alcanza un nivel de responsabilidad para el habla motivada inconscientemente. El problema terapéutico consiste, entonces, en cómo facilitar este proceso de apropiación, es decir, cómo conducir la lucha por la adhesión a la regla fundamental. Es esencial que el paciente sea familiarizado paso a paso, aunque suficientemente rápido, con esta regla fundamental, hasta el punto en que esté dispuesto a seguirla prontamente, pues, con la ayuda del analista, sus asociaciones lo conducen a descubrimientos que lo enriquecen. Morgenthaler (1978) ha ofrecido algunos ejemplos certeros, confrontándolos al efecto deformador que resulta cuando la regla fundamental es comunicada de un modo que refuerza el superyó.

Es interesante que una paciente haya entendido la pregunta usual "¿qué se le ocurre?", de manera totalmente distinta a lo habitual. En vez de ver en ella una expresión de aliento, la tomó como una crítica reprobatoria (en alemán la pregunta es: "Was fällt Ihnen ein?", que se puede traducir literalmente por "¿qué se le ocurre?"; sin embargo, de acuerdo con el contexto de la situación y con la entonación, puede tener el sentido de una reprimenda, de un "¿cómo se le ocurre tal cosa!"; nota de J.P. Jiménez). Este inusual malentendido nos permite llamar la atención sobre las posibles resonancias inconscientes de esta frase. Es de esperar

que los argumentos convincentes de Morgenthaler cambien la actitud hacia la regla fundamental, y terminen con las controversias de decenios, aunque, a la verdad, ya Little (1951) argumentó de modo similar hace treinta años atrás, al decir: "Ya no 'exigimos' a nuestros pacientes decir todo lo que les viene en mente, por el con-trario, se lo permitimos" (p.39).

E. Kris (1956a, p.451) adjudicó a este modo distinto de acentuar, amplias consecuencias para la estructura de la situación analítica; según este autor, la situación se hace más personal si el analista no exige, sino que permite la libre asociación, asemejándose con ello a aquel padre -o madre- que no objeta el mal comporta-miento.

Creemos que no es suficiente comunicar sólo una vez la regla fundamental, pero tampoco valorizamos en demasía una especie de análisis de prueba con iniciación a la libre asociación, como lo propone Greenson (1967). Lo que persigue Greenson con este análisis de prueba es evaluar la capacidad del paciente para la asociación libre.

Esta capacidad varía enormemente y sin duda depende del tipo de enfermedad. Es así como en la literatura se han descrito restricciones y resistencias típicas en con-tra de la asociación libre. De acuerdo con nuestro lema general, nos interesa parti-cularmente lo que el analista hace para facilitar la adhesión a la regla fundamental, mejor aún, para hacerla posible.

Incluso el artículo de Schlieffen (1983), con el título provocativo de "psico-análisis sin regla fundamental", no recomienda alejarse de la asociación libre; sin ella, el analista estaría perdido. Esta publicación no trata de la subrogación de la asociación libre -ya que sin las ocurrencias libres del paciente su analista estaría perdido-; más bien, este autor se apoya en la idea de Morgenthaler (1978) de que un manejo estricto de la regla fundamental puede tener un efecto verdaderamente deformador sobre la capacidad del paciente para las ocurrencias. Queremos ejemplificar esta opinión, con la pregunta de si, bajo el punto de vista de la teoría de la asociación, la introducción metafórica de Stern a la regla fundamental, anteriormente citada, facilita o más bien dificulta la asociación libre y el desarrollo de una regresión terapéutica.

Debido a que, por lo general, los consultorios analíticos tienen poco parecido con la sala de comando de un submarino, se dificultan las asociaciones neurótico-transferenciales en relación al entorno profesional del analista. Con esta metáfora, se lleva al paciente a una situación especialmente extraña, capaz de producirle un desvalimiento aún mayor que aquel en que ya se encuentra. El problema técnico no se refiere sólo al modo como el analista introduce la regla fundamental, sino tam-bién a su posterior contribución para facilitar o dificultar la asociación libre. Freud no mitigó nunca sus directivas sobre la regla fundamental, desde sus escritos técnicos hasta la descripción de cómo cerrar un "pacto" (1940a), lo que no deja de ser curioso si se considera su escepticismo frente al cumplimiento de los contratos. Estas directivas deben ser actualmente analizadas en sus efectos ("[...] no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad"; 1913c, p.136). El asunto no se soluciona si el analista, en vez de introducir una regla, habla de una condición, como lo propone Epstein (1976), basándose en el significado diferente de condición y regla. Epstein sostiene que, a diferencia del significado contenido en

"condición", la palabra "regla" se refiere clara y expresamente a las funciones superyoicas.

Está claro que no se trata sólo de bajar el tono de los aspectos superyoicos de la regla fundamental a través de un cambio en la terminología: se puede dudar, con Altmann (1976), de que sea realmente posible familiarizar a un paciente con la situación terapéutica hasta el punto de que se extinga la angustia inicial. Es improbable que un paciente, en el momento en que se le comunica la regla fundamental, piense en los aspectos placenteros de la asociación.

El modo como el paciente entienda lo dicho por el analista depende tanto de la elección de las palabras como del momento mismo en que éstas se articulan.

Mientras más superyó, menos asociación libre. Nuestra proposición de familiarizar interpretativa y gradualmente al paciente con las reglas, y de fijarse cuidadosamente en la elección de las palabras, en el momento de pronunciarlas y, sobre to-do, en la reacción del paciente frente a ellas, resulta de esta fórmula.

Todas las afirmaciones del analista sobre las reglas son importantes para la relación trans-ferencial, y el modo como reacciona frente a las preguntas del paciente, en particular frente a aquellas concernientes a la regla fundamental, tiene repercusiones en la transferencia y en la alianza de trabajo.

Para la evaluación del contexto específico se puede aprovechar la teoría de la asociación, en el sentido descrito anteriormente. ¿Cómo puede un paciente descubrir el gusto por fabular, si al mismo tiempo escucha hablar de obligaciones restrictivas en lo financiero y de compromisos de asistencia que debe asumir por un tiempo indeterminado? Los acuerdos sobre la regulación de las vacaciones y la duración del análisis, en sus diversas versiones, transforman el campo semántico que se forma en torno a la regla fundamental, sea cual sea su formulación.

En una mesa redonda, Greenson contó que él ofrece informaciones bastante detalladas (Seidenberg 1971, p. 107), poniendo de relieve las ventajas de la evitación del contacto visual y de la posición del analista sentado detrás del diván.

Greenson contesta también en forma generosa las preguntas del paciente. Esta buena disposición de Greenson motivó a un analista anónimo del auditorio a una pregunta, ciertamente irónica, acerca de lo que Greenson haría si un paciente le pide hacer una demostración de asociación libre. Este contestó que haría una demostración de asociación libre sólo después de haber tratado de averiguar lo que motivó al paciente a hacer esta petición.(1)

Uno de nuestros pacientes entendió el comentario de que en la posición decúbito uno puede dejarse llevar en forma más despreocupada por las fantasías, como una indicación de que no debía ser crítico con el analista. Sólo bien avanzado el análisis pudo aclararse este malentendido radical, en cuya formación el analista había cooperado personalmente. La corrección de sus efectos sobre los mecanismos de defensa inconscientes fue difícil y lenta.

Por las razones descritas, hay que estar atento para evitar encadenamientos desfavorables. Por esto, aconsejamos formular la regla fundamental más o menos así: "Intente comunicar todo lo que usted piensa y siente. Usted va a notar que esto no es fácil, pero el intento vale la pena". Le adjudicamos un valor especial a la

reco-mendación de que el paciente intente decirlo todo; los demás elementos de la for-mulación nos parecen secundarios.

La ventaja que se obtiene de una cierta estandarización consiste en la posibilidad de que el analista tratante pueda recurrir a un punto de partida consistente, en el caso de que el paciente comience a discutir los cambiantes "malentendidos" o el modo como él entendió la regla. Por otra parte, una estipulación precisa tiene el peligro de la ritualización, en el sentido de no reflexionar sobre qué manera de comunicar la regla fundamental es la más adecuada para un paciente particular. Los pacientes provenientes de la llamada clase baja son especialmente susceptibles frente a una comunicación estereotipada de la regla fundamental (Menne y Schröter 1980).

A través de nuestra exposición, esperamos haber podido mostrar lo que el ana-lista puede hacer, desde un comienzo, para facilitar la asociación libre del paciente. La estructuración de la relación terapéutica y el trabajo interpretativo posibilitan correcciones permanentes de cursos desfavorables tomados al comienzo de la te-rapia.

### **7.2.3 La asociación libre en el proceso analítico**

De acuerdo con una opinión muy divulgada, el paciente desarrolla su capacidad de asociar libremente sólo tardíamente en el curso del tratamiento. A menudo se postula que cuando un paciente se encuentra realmente en la posición de asociar libremente, el caso se cierra (Merloo 1952, p.21).

La configuración de las primeras sesiones, y el modo como la asociación libre es explicada, no eliminan la resistencia consciente del paciente, menos aún la re-sistencia inconsciente. Sin embargo, se debería atender a los efectos secundarios involuntarios que pueden tener las reglas estrictas cuando derivan en el campo gra-vitacional de la compulsión confesional y de la necesidad de castigo. En la Lucha por la observancia de la regla fundamental (A. Freud 1936), el asunto gira en tor-no a la comunicación libre, espontánea y no selectiva, por un lado, y la resistencia en contra de ésta, por el otro. Esta teoría de la resistencia corresponde a la relación

---

ficticia de Greenson. El conocimiento de la motivación no traería consigo una acla-ración inequívoca, indispensable para la repartición de las tareas. El paciente tiene que saber que la asociación libre es tarea suya y no del analista, y por qué esto es así.

entre las asociaciones y la resistencia consciente o inconsciente en contra de ellas. La posterior tipología de las formas de resistencia y su explicación diferenciada (que hemos discutido en el capítulo 4), se refiere a la observación de la resistencia a la asociación. Freud escribe lo siguiente :

Vale decir, una fuerza psíquica, la desinclinación del yo, había originariamente esforzado afuera de la asociación la representación patógena, y ahora contrariaba su retorno en el recuerdo. Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad un... no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía

en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico (1895d, p. 276; cursiva en el original).

Nos apartaríamos demasiado del terreno de la técnica, si nos pusiéramos ahora a discutir las teorías con cuya ayuda Freud intentó explicar la observación de la resistencia de asociación. Pronto llegó a la conclusión (Freud 1904a) de que la resistencia interior, como censura, tiene una influencia deformadora sobre todos los procesos psíquicos.

Una medida importante de la libertad ganada por el paciente es, por cierto, su capacidad de dejarse llevar por sus ocurrencias en el ambiente protegido de la situación analítica. Considerando que estas observaciones pertenecen al pan diario del analista, es asombroso el escaso número de estudios meticulosos sobre asociación.

En esto nos apoyamos en la completa exposición de Mahony (1979), a quien también debemos otras sugerencias fundamentales. Mahony critica que la literatura psicoanalítica sobre el tema consista, en gran parte, en asociaciones libres sobre las asociaciones libres. Los ejemplos que ofrece A. Kris (1982) en su monografía deberían ser representativos del hecho de que la mayoría de los analistas consideran todo lo que comunica el paciente, verbal o no verbalmente, como asociación libre.

Al igual que Kanzer (1961), A. Kris lo incorpora todo en el proceso de la asociación libre: el acuerdo sobre el horario de las sesiones y los honorarios, la entrada y la salida del consultorio, la postura del paciente sobre el diván, etc. -todo puede ser visto como expresión de asociación libre-.

A. Kris también entiende el método y el proceso de la asociación libre en forma global: es un proceso en conjunto, donde el paciente intenta captar todos sus pensamientos y sentimientos en palabras, y donde el analista, guiado por sus propias asociaciones, lo ayuda a realizar esta tarea (A. Kris 1982, pp.3, 22). El poder asociar cada vez más libremente se puede considerar como expresión de libertad interior, y, con ello, como meta terapéutica válida. Hasta aquí todo va bien; pero no son las asociaciones acompañadoras del analista o su atención parejamente flotante como tales, las que allanan el camino al paciente. Importante es, más bien, el modo como surgen las asociaciones útiles en el analista, y los efectos que éstas tienen sobre el paciente. Pues, inmediatamente después de cada tipo de intervención, que de acuerdo con la etimología del término interrumpe el cauce verbal del paciente, éste prosigue centrado en el tema: precisamente, el que el paciente no tome en cuenta la interpretación es una reacción que dará que pensar al analista. A su vez, es la atención parejamente flotante la que ahora se centra en el tema.

Mientras más polimorfas sean las asociaciones del paciente, y mientras más detalles ofrezcan, más difícil va a ser encontrar un sentido en todo lo que dice. ¿Se ha llevado con esto el método al absurdo? No. Pues sólo en este momento queda absolutamente claro que el paciente no puede prescindir de la presencia de la otra persona, la del analista. Así, él simplemente le comunica cosas sin sentido. Por buenas razones, el analista encuentra un sentido incluso en locuras verdaderas o simuladas. De hecho, el asociar confuso sirve como medio para restituir el equilibrio de las fuerzas, ya que de una información fragmentada no se puede

construir una buena Gestalt. El analista ha llegado al final de su sabiduría y ha sido puesto en jaque mate. El que encontremos un sentido más profundo en esto no cambia en nada la realidad de las cosas. Hay que reconocer esta situación para que el paciente comprenda el poder que tiene y lo mucho que el analista depende de él. No importa cuán asimétrica sea la repartición del poder y la dependencia, pues éstas disminuyen, y se establecen en un nivel soportable, si los pacientes pueden experimentar, tanto en esta situación como en otras, lo mucho que el analista depende de ellos.

A menudo, son precisamente estas experiencias las que marcan los giros terapéuticos. Por este motivo es útil, por un lado, contemplar las informaciones del paciente bajo el aspecto de la continuidad -¿Qué tema de la sesión anterior se continúa hoy?- y, por otro lado, considerar la sesión presente como una unidad -¿Qué problema intenta solucionar hoy el paciente?

A continuación, presentamos la evaluación de informes de casos donde uno esperaría encontrar una mayor descripción de la asociación libre. Se trata de informes con los que analistas alemanes jóvenes demuestran su calificación profesional. En una muestra representativa, Schlieffen (1983) no encontró ni la más mínima indicación sobre el modo como se había introducido la regla fundamental o sobre las consecuencias de las distintas maneras de formular la regla en ese contexto. En este sentido, las preguntas más importantes son: ¿Cómo se desenvuelve el proceso asociativo a lo largo del análisis? y ¿cómo es éste descrito? En diez informes escogidos al azar, no encontramos descripciones de series asociativas, ni de puntos nodales a los que llegara el paciente, en el sentido de una resistencia de asociaciones y a las interpretaciones correspondientes. También hacen falta indicaciones que evidencien una mayor espontaneidad del paciente en estadios más tardíos del análisis a través de una creciente libertad de ocurrencia. En vez de encontrarnos con cadenas asociativas reveladoras, que hubiesen conducido a paciente y analista hacia significados latentes (que normalmente faltan), encontramos a menudo indicaciones de que los pacientes tenían ocurrencias (Einfall). Se podría incluso decir que se trata precisamente de eso: de tener ocurrencias. Freud prefería hablar de ocurrencias. Sin embargo, el punto esencial es que no basta la sola mención de una que otra ocurrencia. Sólo de manera ocasional se ha intentado investigar sistemáticamente en la literatura psicoanalítica las conexiones entre ocurrencias (Thomä 1961; Hohage y Thomä 1982). Según nuestra opinión, esto depende de problemas metodológicos extremadamente difíciles de solucionar: ¿Dónde establecer el límite entre la asociación libre y los informes no tan libres dentro de las sesiones? El que las ocurrencias conduzcan hacia significados más profundos puede considerarse como cierto indicio de asociación libre. Lo más frecuente es que se recopilen ocurrencias sobre sueños, lo que seguramente tiene un fundamento histórico. Hoy en día, sin embargo, los analistas son más bien reservados frente a elementos oníricos aislados (véase capítulo 5), es decir, se manejan con cautela frente a una muestra de ocurrencias centradas en un tema, en el sentido de la técnica clásica de Freud.

La circunspección del analista facilita que el paciente diga todo lo que se le ocurre. Pero, ¿hacia dónde conducen sus comunicaciones? Y, ¿debemos considerar como ocurrencias libres todas las comunicaciones que pueden ser

indicios de significados latentes? ¿O debemos esperar que el paciente llegue por sí mismo al discernimiento de sus deseos inconscientes? Si así fuera, el conocimiento de sí mismo podría ser alcanzado en un monólogo suficientemente largo en condiciones de libre asociación.

El autoanálisis de Freud y el autoexperimento de muchos años de Farrow (1942) pueden ser considerados como ejemplos cuyo lugar en la historia de la medicina no ha sido reconocido (Schott 1983). La teoría psicoanalítica no ofrece ninguna información sobre las circunstancias en las que la resistencia de represión puede ser superada de tal modo que se abra un acceso hacia el inconsciente dinámico. El analista de ningún modo espera que el paciente traiga asociaciones cada vez con menos sentido y que, finalmente, en autohipnosis, se acerque tanto al proceso primario de pensamiento que su yo se transforme en ello y su ello en yo. No, el analista escucha todo el tiempo que sea necesario, hasta que se le ocurre algo, que, después de sopesarlo cuidadosamente, cree poder comunicar. Del Esquema del psicoanálisis extraemos lo siguiente:

Meditamos con cuidado la elección del momento en que hemos de hacerlo [al paciente] consabedor de una de nuestras construcciones; aguardamos hasta que nos parezca oportuno hacerlo, lo cual no siempre es fácil de decidir. Como regla, posponemos el comunicar una construcción, dar el esclarecimiento, hasta que él mismo se haya aproximado tanto a éste que sólo le reste un paso, aunque este paso es en verdad la síntesis decisiva (Freud 1940a, p. 178).

Ahora, no importando que las comunicaciones del paciente se denominen asociaciones libres o no, las interpretaciones del analista siempre añaden un elemento nuevo. Incluso cuando éste se esfuerce en no agregar nada (al modo de un terapeuta rogeriano, extremadamente no directivo y "centrado en el cliente") o sólo destaque, con el propósito de dar ánimo, uno que otro trozo de la frase. Porque incluso el repetir como un loro agrega algo. Mientras más se hunda el paciente en un aparente monólogo, y mientras más tienda a apartarse de la verbalización en favor de un estado hipnagógico, más esencial se torna el modo como el analista mantiene la relación. En esos estados regresivos es siempre posible que tan sólo se trate de un monólogo aparente. La retirada en determinadas formas de monólogos en presencia del analista tiene varios aspectos. Gill (1982) señaló el aspecto resistencial de ese repliegue. Los estados regresivos también forman parte de la relación transferencial. Quizás el paciente está buscando un objeto transicional que el analista puede reconocer dándole un nombre, aun cuando éste pertenezca al período preverbal de desarrollo. La metáfora del viaje de Freud plantea también el problema de la transformación de las imágenes en palabras. Spence (1982a) ha puesto especial énfasis en este aspecto de la asociación libre y sobre la pérdida de información que se produce en la descripción (p.82). Destaca que el paciente no es sólo un observador pasivo de las imágenes que desfilan ante él, sino que también las construye activamente. Agrega, además, que las frases, una vez comenzadas, siguen las reglas de la gramática, si bien el diálogo psicoanalítico se desenvuelve en forma suelta. La regla fundamental contiene, según Spence, dos instrucciones contradictorias. Como interlocutor, el paciente no puede estar simultáneamente en introspección, y, si se

dejara llevar por sus pensamientos más secretos, no podría conducir una conversación. Mientras más libremente asocie un paciente, más difícil será entenderlo. Spence piensa que esta paradoja se soluciona así en la terapia: en los tratamientos exitosos, ambos participantes desarrollan, junto al lenguaje propio, un lenguaje común (p. 85). De acuerdo con nuestra experiencia, muchos analistas llegan a desarrollar símbolos que son propios para cada pareja analista-paciente. No es necesario llamar la atención sobre el hecho de que -como todo lo demás- la asociación libre puede también ser utilizada como una resistencia. No es casualidad que Freud haya descrito este problema en pacientes neuróticos obsesivos. La traducción de los pensamientos en palabras implica siempre un proceso de selección, y sólo un paciente que expulsa rápidamente todo afuera, sin reflexionar, podría aparentar cumplir cabalmente con la regla fundamental. El paciente reflexivo, en cambio, tiene alguna asociación y, al momento de expresarla, rechaza o pospone esta o aquella palabra o un pensamiento incompleto. El material retenido no está perdido para la asociación libre, pero el paciente obsesivo, altamente ambivalente, demuestra que las reglas pueden ser llevadas hasta lo absurdo. Por cierto, dos pensamientos distintos no pueden ser expresados simultáneamente.

No queremos detenernos en lo que los pacientes hacen con la regla fundamental en base a su patología individual, sino más bien analizar la contribución del analista al entendimiento que ellos logran de la regla. Muchos pacientes entienden la regla fundamental como un llamado hacia un pensamiento veleidoso, desordenado o ilógico, o hacia un tipo de monólogo en presencia de un analista silencioso. En todo caso, el modo de impartir la regla da lugar a muchos malentendidos, que requieren ser aclarados e interpretados. Si un paciente responde a la sugerencia del analista a través de monólogos, hay que preguntarse qué ha hecho el analista, o dejado de hacer, para llegar a esta situación. En este sentido, las anécdotas son muy esclarecedoras. Loewenstein informa de un paciente que dijo: "Estaba a punto de asociar libremente, pero ahora prefiero decirle lo que realmente me preocupa" (Seidenberg 1971, p.100).

La capacidad del paciente de asociar libremente sin duda aumenta a lo largo de la terapia. Aunque Eissler plantea que "es dudoso que alguien haya estado alguna vez completamente a la altura [de esta exigencia]" (Eissler 1963b, p.198). Es seguro que todo paciente se propone retener algo en un momento determinado de la terapia. Especialmente poderosos son los procesos de selección preconcientes, que restringen el flujo de las asociaciones del paciente porque éste ha descubierto que el analista tiene puntos sensibles que parecen ser fuente de disgustos genuinos (véase capítulos 2 y 3). Finalmente, podemos añadir otro aspecto del estudio del contexto motivacional de los procesos de decisión, esto es, de su determinabilidad, mirándolos desde el punto de vista de la autonomía del yo.

Supongamos que un paciente ha resuelto retener algo y se mantiene en esta decisión. ¿Es que el analista ha perdido la batalla por la mantención de la regla fundamental? Creemos poder contestar a esta pregunta con un no, pues vemos en este comportamiento una cierta reserva, una *reservatio mentalis* como prueba documental de libertad interior. Kanzer (1961, 1972) ha insistido en repetidas

oportunidades que con algunos pacientes es inapropiado, incluso errado, insistir en la regla fundamental. La necesidad de diferenciar el "sí mismo" del otro representa precisamente una parte de la sana individuación, y en pacientes con un trastorno en la individuación un paso necesario en el desarrollo. Giovacchini (1972) comparte esta misma opinión cuando concede al paciente el derecho a tener un secreto ante él. El paciente entiende que el analista no envidia su autonomía, concediéndole el repliegue en sí mismo y la demarcación. El derecho a reservarse algo da la posibilidad al paciente de no tener que asegurarse, permanentemente y en forma rígida, contra la imago devoradora proyectada sobre el analista.

La afirmación anterior de Eissler puede ser sólo interpretada en el sentido de que en la reservatio mentalis, es decir, en la negación parcial a decirlo todo, se expresa la autodeterminación. Se debe suponer que la razón por la que nadie puede cumplir a la perfección la tarea de la asociación libre es que eso equivaldría a un total abandono de sí mismo. Aquí se plantea naturalmente la pregunta: ¿por qué el paciente siente vergüenza frente a esta, o aquella, revelación particular?, y, ¿por qué hace uso de su autonomía precisamente con este contenido de su experiencia y de sus recuerdos y no con cualquier otro? El análisis de la motivación debe ser siempre llevado adelante bajo el punto de vista de la resistencia. Por otro lado, es comprensible que el paciente intente establecer un contrapeso, precisamente en el terreno donde puede afirmar su independencia frente al analista: poniendo entre paréntesis uno que otro tema.

En cambio, Dewald, en su libro *El proceso psicoanalítico* (1972, p. 613), opina que la asociación libre conduce al proceso primario: "En lo esencial, la asociación libre tiende, en forma y contenido, [...] hacia un pensamiento de tipo proceso primario, cooperando en la promoción del proceso de regresión al servicio del yo". Las investigaciones de Holt (1967b) sobre el proceso primario hablan, al igual que las experiencias clínicas, en contra de que la asociación libre vaya perdiendo estructura a lo largo del proceso analítico. Incluso titubeamos al decir que el paciente debiera ser más ocurrente al final de la cura que al comienzo. Pues una mayor libertad interior puede expresarse en múltiples formas: a través del silencio, del habla y de la acción.

### **7.3 La atención parejamente flotante**

Freud (1912e, p.115) describió la estrecha relación entre la atención parejamente flotante del analista y la asociación libre del paciente. La naturaleza complementaria de ambos procesos se acentúa aún más, desde el momento en que algunos autores hablan últimamente de la "atención libremente flotante", traducción incorrecta del término alemán "gleichschwebende Aufmerksamkeit". En el ámbito de habla inglesa, la "atención parejamente flotante" fue transformada de este modo en "free floating attention" y "evenly hovering attention" (en la versión inglesa de este libro el término fue traducido como "evenly suspended attention"; nota de los traductores).

Al seguir esta regla, el analista permanece abierto a todas las asociaciones del paciente, dejándole plena libertad para el despliegue de sus fantasías e ideas. Lo

más importante de todo es que no debe permitir dejarse seducir por sus propios conocimientos abstractos y teóricos, sino ver en cada paciente algo único e incomparable, dejándose llevar por su curiosidad por oír e informarse de algo nuevo. Evita deliberadamente hacer comparaciones, con el objeto de no dificultar el acceso hacia lo desconocido. El analista que sigue la recomendación de Freud (1912e, p.114), pasará "de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades" y postergará el "trabajo sintético del pensar" hasta después de concluir el análisis. Pues mientras continúe la terapia, una y otra vez puede emerger material nuevo que puede corregir la visión alcanzada hasta ese momento, es decir, la recons-trucción provisoria. La atención parejamente flotante debe recordar al analista, que cada caso puede desarrollarse en forma diferente a lo esperado por la teoría general (y siempre provisoria) y por el limitado bagaje de las propias experiencias per-sonales.

Al escuchar pasivamente, el analista trata de dejarse impresionar por todo de la misma forma y -permaneciendo igualmente atento- evita seleccionar. En este proceso, descubre sus propias limitaciones, que se dan en dos niveles. La atención parejamente flotante es perturbada por su contratransferencia (en el sentido tradicional), del mismo modo como sucede normalmente con los prejuicios personales frente a ciertos problemas humanos. Esta perturbación da la ocasión para la autorreflexión y el autoanálisis. En la comprensión actual de la contratransfe-rencia, estas perturbaciones de la atención parejamente flotante pueden ser consideradas terapéuticamente fecundas (véase cap. 3). Además, el analista observa que su atención parejamente flotante tiende, constante e involuntariamente, hacia determinadas direcciones: no todo puede permanecer flotando uniformemente. Al ocurrírsele una interpretación, se ha realizado una selección entre muchas posibi-lidades.

Al igual que la libre asociación del paciente, también la interpretación del ana-lista es motivada.

De estas reflexiones deducimos que la regla de la atención parejamente flotante implica una exigencia difícil de cumplir, es decir, la de una revisión autocrítica de nuestra actitud hacia este paciente, en este momento, así como también de una constante confrontación con los problemas generales y específicos de la técnica y de la teoría psicoanalítica. Somos de la misma opinión de Freud (1915c, p.113), que siempre estamos introduciendo alguna idea en nuestra observación, y, en esta medida, estamos siempre escuchando activamente. Por este motivo, en principio, es imposible prestar la misma atención a todo, algo que, por lo demás, tampoco hacemos en la práctica. Pero, lo que sí es posible y necesario, es fundamentar nuestras ideas y sus motivaciones subyacentes, frente a nosotros mismos y la comunidad científica, así como corregir los prejuicios por medio de nuestras obser-vaciones. En múltiples ocasiones, el intercambio con el paciente se presta para esto, especialmente cuando las suposiciones, expresadas por el analista como in-terpretaciones, se revelan como erróneas.

El lector podrá aducir que para el analista debería ser algo muy natural enfren-tarse sin prejuicios fijos al paciente. ¡Para eso no hace falta una regla! Y los ana-listas no necesitamos que nos recuerden las numerosas y distintas ideas que tene-mos sobre los fenómenos, ya que las controversias entre las distintas escuelas tie-nen su origen precisamente en esta variedad. De este modo, la rutina

psicoanalítica refleja un aspecto del saber filosófico de que todas las observaciones están preñadas de teoría (theory-laden).

Podríamos darnos por satisfechos con estas notas sobre la atención parejamente flotante, y contar con el consentimiento universal, diciendo que el analista se debe empeñar en ser franco y que en la observación en la terapia no debería dejarse llevar por suposiciones o, más específicamente, por prejuicios. Sin embargo, la historia no termina aquí; pues al ofrecer una explicación metafórica de la atención parejamente flotante, Freud fundó una tradición de pensamiento alternativo cuyas consecuencias persisten hasta nuestros días. Freud atribuyó al inconsciente del analista una capacidad especial como órgano receptor del inconsciente emisor del enfermo, al asegurar que:

De la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea [telefónica] incitadas por ondas sonoras, lo inconsciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo (Freud 1912e p. 115).

La regla de la atención parejamente flotante encontró en esta afirmación una fundamentación, de la que también se deriva la necesaria purificación de la contra-transferencia (véase cap. 3). Freud conceptualizó esta capacidad de reconocimiento inconsciente de acuerdo con el modelo de percepción sensorial usual en aquel entonces. Se suponía que la realidad externa era percibida en forma inmediata y correctamente. Por esto, este modelo fue denominado más tarde "teoría del espejo" o "doctrina de la percepción inmaculada" (véase Westerlundh y Smith 1983).

Correspondía plenamente al espíritu de la época explicar la percepción del inconsciente de acuerdo con la teoría del espejo o con la metáfora de la línea telefónica. Tan sólo recientemente, mucho tiempo después de Piaget, la investigación de la relación madre-hijo pequeño ha sido marcada por el hecho de que los bebés no asimilan el mundo pasivamente, sino que lo construyen (Stern 1977). La metáfora de Freud pareció solucionar tan bien una serie de problemas prácticos y teóricos que su influencia ha persistido hasta el día de hoy, fundando una tradición de pensamiento y de práctica psicoanalítica. La atención parejamente flotante se hizo popular a través del "tercer oído" de Reik, que contiene elementos esenciales del tipo especial de empatía que más tarde creó escuela con Kohut (1959). Por Balter y cols. (1980) sabemos que la atención parejamente flotante fue elevada al nivel técnico por Isakower como un "instrumento de análisis". A partir de entonces se postuló un lugar especial dentro del aparato psíquico del analista que explicaría por qué el analista está capacitado para oír el inconsciente de su paciente. Al mismo tiempo, Spence (1984) llamó *Perils and Pitfalls of Free Floating Attention* a su ensayo crítico sobre el tema. En él, y después de investigar psicoanalíticamente los procesos de comprensión y de empatía, llega a la conclusión de que no existe la atención parejamente flotante como un escuchar pasivo y sin un anteproyecto, basándose en su argumentación en los puntos de vista filosófico-hermenéuticos de Gadamer y Habermas.

Si reemplazamos el término hermenéutico "anteproyecto" por el de "idea", podemos trazar fácilmente un paralelo con la concepción de Freud. Si el analista escucha activamente, puede dejar flotando sin más sus ideas, sus fantasías, sus sentimientos, sus anteproyectos, sus teorías, y permanecer abierto a nuevas informaciones. Spence incluso ofrece criterios psicoanalíticos convincentes para el hecho de que sea precisamente la ilusión de la percepción inmaculada lo que, sin quererlo, abre de par en par las puertas a las proyecciones de las propias ideas inconscientes, y por esto, de difícil acceso racional.

El mito de la atención parejamente flotante -así designa Spence este escuchar pasivo y aparentemente libre de teorías-, tiene muchas funciones, como todas las mitologías que (desde el punto de vista de la historia de la ciencia) pueden concebirse como prototeorías. En la atención parejamente flotante se trata precisamente de un híbrido que nosotros hemos dividido en sus dos componentes originales. Su sobrevivencia se debe justamente a esa combinación de elementos bien fundamentados racionalmente -franqueza radical en vez de reserva- y expectativas místicas de fusión y de unidad que conectan el propio inconsciente con el del otro, como en la metáfora de la línea telefónica de Freud. Mirando las cosas en forma objetiva, la regla de la atención parejamente flotante coopera a que el paciente se sienta comprendido, con lo cual se puede establecer una base racional para la terapia. Sin embargo, para acercarse al proceso de intercambio entre paciente y analista hay que contar con una merma en la fascinación, como lo señalaremos a continuación con el ejemplo del escuchar con el "tercer oído" de Reik, y en el capítulo 8 con la empatía de Kohut. Por de pronto, presentamos el "tercer oído" de Reik y sus funciones:

El psicoanálisis es, en este sentido, no tanto una conversación "de-corazón-a-corazón" como una conversación "de-pulsión-a-pulsión", un diálogo inaudible pero altamente expresivo. El psicoanalista debe aprender a hablar con el otro sin palabras y en silencio. Debe aprender a escuchar "con su tercer oído". No es cierto de que haya que gritar para hacerse entender. Si quieres ser escuchado, debes susurrar (Reik 1949, p. 144).

Y:

Una de las peculiaridades de este "tercer oído" es que trabaja de dos maneras. Puede captar lo que las demás personas sienten y piensan pero no dicen, y también puede ser dirigido hacia el interior. Puede escuchar voces del interior de sí mismo que normalmente no son audibles, porque son acalladas por el ruido de nuestros procesos de pensamiento consciente (1949, pp. 146-7).

El "tercer oído", de acuerdo con Reik, se relaciona estrechamente con la "atención parejamente flotante":

¿Se imagina usted al analista en su silla, inclinado hacia adelante, tratando de pesquisar con sus cinco sentidos signos psicológicos mínimos, angustiado porque alguno podría escapársele? Se podría suponer que para captar tales señales o estímulos finos, que adquieren tanta significación para la conjetura de procesos

inconscientes, es necesaria la máxima atención. Este cuadro es falso. La atención del analista es de otro tipo. Freud definió este tipo especial de atención como "igualmente flotante". Dos factores indujeron a Freud a recomendar tal atención parejamente flotante. Ella ahorra al analista la tensión que, después de todo, no es posible mantener por demasiadas horas, y evita los peligros que acechan en el caso de una atención deliberada hacia un objetivo particular. Freud advierte que cuando dirigimos nuestra atención hacia un punto, cuando comenzamos a seleccionar de entre los datos ofrecidos y cogemos un fragmento en especial, entonces nos dejamos llevar por nuestras propias expectativas e inclinaciones. Naturalmente, surge entonces el peligro de que no encontremos nada más que lo que estamos preparados para encontrar. Si seguimos nuestras inclinaciones es seguro que falsificaremos las posibles percepciones. La regla de que debemos tomar nota de todo de igual forma es la contrapartida necesaria a la exigencia que le ponemos al paciente de decir todo lo que se le ocurre, sin criticarlo o seleccionarlo (1949, pp.157-158).

Reik continúa diciendo:

Y ahora, ¿qué tiene que ver la atención parejamente flotante con el darse cuenta? ¿No debemos concentrarnos en un punto, y entregarle toda nuestra atención, si es que queremos darnos cuenta de algo de entre la multitud de informaciones que pa-san frente a nosotros? ¿Cómo puedo darme cuenta de algo si no le dirijo toda mi atención, si trato el detalle insignificante de la misma manera que si fuera importante? Quizás haya que decir que la noción de atención "igualmente flotante" apunta precisamente a tomar nota de todo y a recordarlo todo. Pero, ¿no es esa noción contradictoria en sí misma? La atención se dirige siempre sólo a objetos particulares. Siempre se nos ha dicho que la atención selecciona. ¿Cómo podemos evitar el peligro de la selección, si es que queremos estar atentos? (1948, pp.158-159).

Como es bien sabido, Reik propone solucionar estas contradicciones postulando diferentes tipos de "atención":

La cualidad de la atención en psicoanálisis podría ilustrarse mediante la comparación con un foco direccional. La atención voluntaria, que se restringe a un sector estrecho de nuestro campo de experiencia, puede ser comparada, en sus efectos, con el girar del foco direccional sobre un pedazo determinado de terreno. Si sabemos de antemano que el enemigo viene desde esa dirección, o que algo va a pasar en ese sector, entonces hemos previsto el evento. Es ventajoso iluminar brillantemente ese sector particular. Supongamos un caso diferente: algo, por ejemplo, un ruido, llamó nuestra atención a una zona determinada. Sólo entonces giraremos el foco hacia ella. Nuestra atención no se adelanta a la percepción, sino que la sigue. Este es el caso de la atención involuntaria. Si nos imaginamos conduciendo de noche por una carretera cerca de Nueva York, notaremos que el foco direccional del auto, en medio de la carretera, recorre ininterrumpidamente la comarca circundante. Ilumina el camino, se dirige después al campo, se vuelve hacia la ciudad, y en una amplia curva gira nuevamente hacia el camino, repi-

tiendo así el circuito. Este tipo de actividad, que no está confinada a un punto, sino que constantemente se balancea escrutando un amplio radio, ofrece la mejor comparación con la función de la atención parejamente flotante (1949, p.163).

En esta metáfora, al "tercer oído" le corresponde, por así decir, un "tercer ojo", que mira y asimila todo a su alrededor, sin la menor expectativa previa. El tercer oído y el tercer ojo son pues una tabla rasa, idealmente totalmente en blanco y absolutamente libre de expectativas previas.

Las propuestas de solución de Reik llevan a contradicciones, pues el carácter "exploratorio" y "selectivo" de la atención parejamente flotante debe, en algún momento y en algún lugar, detener el movimiento del foco. La atención parejamente flotante se mantiene flotando sólo hasta que se detiene. Desde el punto de vista de la psicología de la percepción, de la psicología cognitiva, así como de la teoría del conocimiento, la proposición de Reik es ingenuamente positivista, pues pasa por alto el hecho de que detrás de los haces del foco subyace el conjunto del aparato personal y perceptivo del observador, incluyendo sus expectativas teóricas.

Nuestro modo de expresión, más bien laxo, de que la suspensión de la atención se mantiene sólo hasta que el analista ofrece una interpretación -que puede tocar al paciente, como también no hacerlo-, pasa por alto los procesos previos de selección, que se desenvuelven intuitiva y preconscientemente, aunque también en un nivel consciente. Junto a Thomson (1980), podemos entender la función receptiva del psicoanalista como una parte de un proceso que consta de 4 elementos, a saber, el escuchar pasivo y activo, el vivenciar, el percibir y el interpretar. Nuestras percepciones y observaciones, y sus respectivas interpretaciones, son llevadas a cabo a la luz de las teorías conscientes e inconscientes. También la estructura de la experiencia precientífica sigue a este principio, por ingenuo que parezca ser su horizonte de expectativas. Es así como encontramos que los pacientes perciben de acuerdo con una teoría anclada firmemente en esquemas inconscientes, lo que a su vez contribuye a que se sientan confirmados en sus expectativas.

La atención parejamente flotante, en el mejor de los sentidos, nos ayuda a tomar en serio cada detalle de los puntos de vista de los pacientes. Seguimos las explicaciones que el paciente nos da para sus angustias e inhibiciones, y nos adentramos sin reservas en su mundo. ¿Cómo podríamos, si no, entenderlo? Escuchamos los tonos bajos, registramos las interrupciones. Ahí, donde el paciente se enfrenta a un enigma, ahí, donde le son incomprensibles los síntomas compulsivos o las fobias, ahí tampoco bastan nuestras teorías de sentido común. Pero tampoco el "receptor" o el "tercer oído" podrían arrancar algún sentido a las ocurrencias del paciente, si el analista no contara con una gran cantidad de programas almacenados y que puede usar como esquemas comparativos de explicación. El "tercer oído" y el "receptor" no podrían de ningún modo escuchar algo inconsciente, si no fuera por los oídos de un analista que ha sido capaz de asimilar el conocimiento más amplio posible y que ha recogido la mayor cantidad de experiencias. La flexibilidad al escuchar no es garantizada por un tercer oído con facultades extrasensoriales. Por el contrario, cualquier

mistificación que conduzca a la fijación inconsciente de prejuicios es un obstáculo para la legitimación científica del psicoanálisis.

La idea de que con el tercer oído se escucha de la mejor forma, si es que el analista se comporta como si fuera sordo, ha mantenido una cierta fascinación. Así, en Bion (llamado por Grotstein [1982] el "psicoanalista místico"), el auto-vaciamiento pasivo-receptivo del analista adquiere cualidades místicas. Con el objeto de alcanzar un estado mental, "sin memoria y sin deseo", que según él es esencial para la práctica psicoanalítica, Bion evita cualquier tipo de memorización (consciente); llama a resistir la tentación de recordar algún suceso de una sesión especial o de pasearse por la memoria. Rechaza todo impulso a recordar alguna cosa sucedida previamente o interpretada por él en una ocasión anterior (Bion 1970, p.56). Al mismo tiempo, sin embargo, exige mostrar al paciente la evidencia (evidencia que aparece como producto de un proceso de memoria inconsciente que él denomina "evolución", para distinguirlo de la memoria consciente) que está en la base de una interpretación, incluso cuando ésta se refiera a un período de muchos años de actuación (p.14). En cierto sentido, esta concepción supone la idea de una superación definitiva de cualquier contratransferencia, en un sentido tanto específico como general, ya que Bion busca impedir que cualquier deseo o ansiedad tenga acceso a su facultad de pensar.

Ya que es difícil lograr una relación equilibrada entre las dos actitudes -sentir y pensar-, este problema ha seguido siendo discutido por las generaciones posteriores de psicoterapeutas y analistas. Fenichel (1934) criticó la unilateralidad de Reik -de un modo por lo demás tan actual entonces como hoy día-, en relación a la discusión sobre la empatía, apoyándose en Ferenczi, quien había dicho:

La terapia analítica, entonces, pone exigencias al médico que parecen contradecirse abiertamente. Por una parte, requieren de él el libre juego de la asociación y de la fantasía, la plena indulgencia de su propio inconsciente [...]. Por otra parte, el médico debe examinar de un modo lógico el material suministrado tanto por él mismo como por el paciente y, en sus actuaciones y comunicaciones, dejarse guiar exclusivamente por el éxito de este esfuerzo mental (Ferenczi 1964 [1919a], p.53; cursiva en el original).

Al finalizar esta sección, creemos innecesario señalar de manera especial que, imperceptiblemente, nos hemos ido distanciando cada vez más del concepto de la atención parejamente flotante como regla de tratamiento, para dirigirnos hacia el complejo proceso cognitivo del analista. De hecho, se puede trazar una línea recta desde la atención parejamente flotante de Freud, a través del "tercer oído" de Reik, hasta llegar al método introspectivo-empático de observación psicoanalítica de Kohut (1959). Este desarrollo fue señalada por Cohler (1980, p.81). Una línea paralela va, pasando por Heimann (1950), hasta el escuchar "sin memoria y sin deseo" de Bion. Otro desarrollo conduce a aquellos aspectos del sentir y del pensar que son descritos actualmente como procesos de inferencia en el analista

(Ramzy 1974; Meyer 1981a; Kächele 1985). En los siguientes capítulos trataremos estos temas.

#### **7.4 El diálogo psicoanalítico y la regla de la contrapregunta: ¿Contestar, o no contestar?**

¿Es de un dramatismo innecesario relacionar el problema planteado por las preguntas del paciente y la adecuada respuesta del analista -contestar o no contestar- con las palabras del monólogo de Hamlet (tercer acto, primera escena: "Ser o no ser, esa es la pregunta")? ¿Puede adjudicarse a las preguntas que surgen en el diálogo psicoanalítico la envergadura de un "ser" o de un "no ser"? Por cierto que sí: No habríamos escogido estas palabras si no creyéramos que el elemento dramático es inherente al diálogo psicoanalítico. El paciente se dirige al analista en busca de respuestas a preguntas que él no puede resolver por sí mismo. En ninguna de sus numerosas discusiones -con amigos y colegas, con sacerdotes, con médicos y cu-randeros- se le han dado respuestas satisfactorias, es decir, respuestas que curen sus síntomas. El último lugar de peregrinaje es entonces el psicoanálisis, el cual en-tonces puede ser, literalmente, un asunto de ser o de no ser, de vida o de suicidio. Estamos siempre hablando de las preguntas profundas, agonizantes, que el paciente no puede formular, pero con las que se ve confrontado en sus conflictos incons-cientes. No hace falta decir que, en último término, es la clarificación de estas pre-guntas no contestadas lo que constituye el efecto benéfico del análisis. Sin em-bargo, ¿qué sucede con las preguntas que puede hacer el paciente? ¿Cómo deben ser encaradas? A continuación presentaremos algunos ejemplos de preguntas que el paciente se plantea o nos plantea:

¿La terapia me va a curar, o al menos mejorar mis síntomas? ¿Cómo actúa la terapia? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Ha tratado usted enfermedades parecidas anterior-mente? ¿Tengo la misma enfermedad que mi padre? Y, seguidamente, el paciente se interesará por la vida privada del analista y su familia, querrá saber su dirección en las vacaciones o, en casos de emergencia, el número de su teléfono particular. Si el lector se pone en el lugar del analista, sentirá algo de la tensión que crean estas preguntas. El analista se ve obligado a actuar: el paciente lo ha urgido a res-ponderle. Todo lo que el analista haga a continuación va a ser entendido por el paciente como una reacción a sus preguntas, y tendrá consecuencias. En este sen-tido, incluso el silencio es una respuesta. Mediante las preguntas del paciente, la iniciativa recae ahora en el analista, quiéralo éste o no. Esta situación compulsiva surge del hecho de que analista y paciente han iniciado un diálogo y, con él, se deben atener a las reglas de un discurso, que tendrán que aceptar al menos parcialmente (en silencio) si realmente desean llevar adelante un diálogo con algún sentido. Que el interrogador quiera, o no, obtener una respuesta del otro, así como elevar a la categoría de respuesta cualquier reacción del otro, depende del carácter de la pregunta.

Un paciente que aún no se ha familiarizado con la situación analítica espera que el diálogo con el analista se desarrolle de acuerdo con las reglas de la comunicación cotidiana. El hecho de que algunas preguntas sean pasadas por alto puede

tomarlo como un signo de que el analista no puede contestar, o que no está dispuesto a hacerlo, o ambas cosas.

La pregunta es entonces un medio a través del cual una persona puede inducir a otra a entrar en un intercambio verbal, en un diálogo. Ya que la terapia psicoanalítica vive de la conversación, del "intercambio de las palabras" (Freud 1916-17, p.15), es extremadamente importante lo que el analista responde y cómo lo hace (naturalmente, no sólo frente a las preguntas). Las preguntas sirven aquí como un ejemplo excelente para un amplio espectro de intentos directos y abiertos por parte del paciente de involucrar al analista en un intercambio ad hoc; en este contexto, las peticiones y los reproches pueden ser también nombrados como ejemplos. Además, algo que en un comienzo aparentaba ser una mera pregunta informativa, puede tornarse más tarde, por ejemplo, en un reproche. Las preguntas son difíciles de manejar porque invitan a la interacción de múltiples maneras. ¡A qué madre no le exasperan ocasionalmente las preguntas insistentes e inquisitivas de su hijo! Lo mismo le ocurre al analista cuando se siente presionado por las preguntas.

Frente a estas dificultades, aparece una regla técnica que se ha anquilosado en un estereotipo frecuentemente detectable, que parece romperlas como la espada de Alejandro Magno el nudo gordiano. El estereotipo prescribe responder las preguntas del paciente con una contrapregunta: "¿Qué lo lleva a hacer esa pregunta?" Por ejemplo, si en el informe de un tratamiento se menciona el surgimiento de una que otra pregunta, y se agrega que ésta fue posteriormente "analizada", es posible asumir, con bastante certeza, que el paciente hizo una pregunta que le fue devuelta con la petición de asociar con ella, a lo que el analista a menudo invita indirectamente mediante el silencio. Esta forma de devolver las preguntas es para la opinión pública un signo característico del tratamiento analítico. De acuerdo con esto, en la contratapa de la traducción al alemán (1983) del libro de Malcolm (1980) Preguntas a un psicoanalista, se puede leer: "J.M. hace la pregunta que todo paciente querría siempre haber hecho, pero frente a las que el analista, él lo sabía, sólo respondería con: '¿Qué se le viene a la mente cuando usted piensa sobre por qué me quiere hacer esta pregunta?'"

Nosotros también durante años nos comportamos de acuerdo con este estereotipo, hasta que nos dimos cuenta de sus efectos negativos. Lo profundamente arraigada en el superyó profesional que se encuentra esta regla, es algo que pudimos constatar, una y otra vez, en la mala conciencia que teníamos cuando no la seguíamos. Suponemos que a muchos analistas les debe suceder algo parecido. Como deja en claro la anécdota siguiente, ciertamente este estereotipo es retransmitido de generación en generación a través de los análisis didácticos y de control, en el supuesto de que, en último término, este responder a las preguntas, reflejándolas de vuelta, asegura un análisis especialmente profundo y estricto. Sea como sea -de acuerdo con esta anécdota- los candidatos toman muy en serio esta regla, cuya idea central no es un invento. Ella dice así: Un candidato le dice a su primer paciente en análisis, y poco antes de finalizar las conversaciones previas: "Si aún tiene algunas preguntas que hacer, hágalas ahora, por favor. A partir de la siguiente sesión estoy bajo el principio de la abstinencia y no puedo contestar a sus preguntas."

En la siguiente revisión bibliográfica (véase sección 7.4.1) queda claro, que este estereotipo representa un resto de la concepción terapéutica económico-pulsional. Esta concepción supone que, al no contestar la pregunta del paciente, éste llegará más rápidamente a producir ocurrencias que conduzcan al significado latente de la pregunta. La regla se justifica, entonces, en una esperada ganancia en discernimiento terapéutico. Pero, ¿y qué sucede con el paciente frente al rechazo -aunque no intencional, pero a menudo experimentado- al no ver contestada su pregunta? ¿Qué influencia tiene este rechazo sobre el paciente en la relación transferencial y sobre el proceso de reestructuración de las representaciones de sí mismo y del objeto que se busca? Creemos que muy pocos pacientes tienen un yo suficientemente intacto como para no experimentar el rechazo implicado en la no contestación estereotipada de las preguntas sin un agravio considerable, con todas las consecuencias que esto supone para los procesos de defensa inconscientes. Al menos en la fase inicial, el paciente no está en condiciones de encontrar un sentido a la regla de la contrapregunta. Puede suceder que la vivencia de estos rechazos y agravios lleve a activar procesos de defensa inconsciente que conduzcan a transformaciones imperceptibles en las ocurrencias. Así, la reserva del analista, con la que éste quiere promover un aumento en las ocurrencias del paciente, lleva justo a lo contrario.

En base al estudio de la literatura y de la propia experiencia, llegamos a la conclusión de que la regla de la contrapregunta de ningún modo asegura llegar a las profundidades del conocimiento de sí, sino que, por el contrario, puede interferir, incluso destruir, la base de éste, esto es, el diálogo. Podemos reforzar esta afirmación con los resultados de nuestra propia investigación: ¿qué pasa con la exención de la regla? ¿Qué pacientes pueden ser exceptuados por el analista de la regla de la contrapregunta? Todos aquellos que no tienen un yo intacto, con suficiente capacidad de tolerancia, es decir, un gran número de pacientes que van en busca de un analista. ¿Y qué sucede cuando el analista no se atiene a la regla de la contrapregunta? ¿Responde, sin más, a las preguntas hechas? De ningún modo. Sólo se abstiene de observar rígidamente la regla, ya que ésta no es compatible con la teoría bipersonal del proceso analítico y con la experiencia de la práctica psicoanalítica. Del mismo modo como el desarrollo del yo y del "sí mismo" están unidos al principio dialógico, el cambio terapéutico del yo y el encuentro consigo mismo se encuentran ligados a la respuesta del nuevo objeto. En este sentido, las excepciones de la regla son la mayoría. Nuestro escepticismo con la práctica tradicional va más allá de aquellos pacientes que muestran "relaciones de objeto" inseguras. Ya que en un tratamiento analítico todos los objetos se constituyen predominantemente a través de la comunicación verbal con un sujeto que contesta, podemos aclarar por qué se necesita modificar una venerable regla para hacer más fructífero el diálogo psicoanalítico. No se trata sólo del simple contestar, sino de la sustitución de la regla de la contrapregunta por un modo de aplicación diferenciado y empático, en el sentido de la proposición de Curtis (1979, p.174): "Evidentemente, es un asunto de juicio analítico saber si acaso es mejor para el proceso analítico ofrecer una respuesta, una aclaración o una confirmación a las preguntas del paciente". Desde el momento en que la regla de la contrapregunta presenta un manejo aparentemente cómodo de un problema

complicado, no es mayormente extraño que ésta se haya mantenido tan estable hasta hoy. A continuación investigaremos la fundamentación del estereotipo y su historia.

#### **7.4.1 Fundamentación e historia del estereotipo**

Una primera fundamentación para el estereotipo de no contestar las preguntas del paciente parece derivarse de la regla de la abstinencia: de acuerdo con ésta, la contestación de una pregunta representa una indebida gratificación pulsional del terapeuta al paciente, que impide el progreso del proceso analítico. Se supone que si el analista responde una vez, el paciente seguirá una y otra vez preguntando al modo de una resistencia inducida por el analista mismo.

Un segundo problema atañe a las preguntas personales con las que el paciente intenta averiguar algo sobre la persona del analista. Aquí, la asunción es que la contestación de tales preguntas ventilan el incógnito terapéutico del analista o ponen en evidencia su contratransferencia, con lo que se perjudica el desarrollo de la transferencia.

Debido a estos temores, la no contestación de las preguntas se perfiló como una estereotipia técnica, estereotipia que no se originó en Freud, quien se manejó en forma flexible en este asunto. En el informe sobre la fase inicial del análisis del Hombre de las ratas (1909d), encontramos que Freud contestó directamente a su paciente numerosas preguntas respecto al modo de operar del análisis y sobre el pronóstico del tratamiento psicoanalítico, donde queda claro que no hizo del preguntar del paciente un objeto de interpretación.

Blanton (1971) relata que durante su análisis con Freud le preguntó, en numerosas ocasiones, sobre sus puntos de vista científicos. Según Blanton, la reacción de Freud fue la de contestar directamente a sus preguntas, sin hacer ninguna interpretación. Freud nunca se refirió en forma explícita al problema técnico de cómo tratar las preguntas del paciente, no lo hizo en sus escritos técnicos ni tampoco en el resto de sus trabajos, aparentemente porque esto no constituía un problema para él.

Para nuestra sorpresa, al estudiar la literatura encontramos que fue Ferenczi (1919) quien formuló la regla de no contestar a las preguntas de los pacientes, lo que fundamentó del siguiente modo:

He convertido en regla contestar con una contrapregunta cada vez que un paciente me hace una pregunta o quiere de mí alguna información, es decir, preguntarle sobre cómo ha llegado a tal pregunta. Si yo simplemente le contestara, entonces la moción que lo llevó a hacer esta pregunta sería eliminada por la respuesta; así, en cambio, dirigimos el interés del paciente a los orígenes de su curiosidad y, si tratamos analíticamente sus preguntas, la mayoría de las veces olvida repetir la pregunta original; con ello nos muestra que, en el fondo, no le importaban estas preguntas y que éstas sólo tenían significado como medio de expresión del inconsciente. (1964 [1919a], p.45; la cursiva es nuestra).

A través de las contrapreguntas, Ferenczi creía poder llegar rápidamente hacia los determinantes inconscientes, es decir, hasta el significado latente de la

pregunta. Somos de la opinión que esta afirmación no puede generalizarse. Primero, es muy posible que la aplicación rígida de esta técnica pueda desanimar al paciente a hacer preguntas en absoluto, impidiendo así el análisis, no sólo de las preguntas, sino también de los pensamientos correspondientes, sin que el analista se dé necesariamente cuenta de ello. Al revés, las respuestas convencionales del analista, hechas en un nivel de la comunicación cotidiana, no implica automáticamente que ambos se enreden en un juego superficial de preguntas y respuestas, donde los de-terminantes inconscientes se hagan inaccesibles para un análisis posterior. Más bien tuvimos la experiencia contraria, es decir, que nuestras contestaciones según las reglas del discurso cotidiano, por lo demás bien meditadas, capacitaban al pa-ciente para hablar sobre sus sentimientos de rechazo, que habían surgido como consecuencia de un manejo demasiado rígido de la regla de la contrapregunta. La subsiguiente interpretación de la evitación de hacer preguntas, capacitó al paciente para, por primera vez, seguir planteando preguntas, preguntas más profundas, que al final fueron comprendidas e interpretadas como productos derivados de tenden-cias hasta el momento inconscientes.

Muchos analistas han hecho experiencias similares que los han llevado a modificar su técnica. Por ello la regla de Ferenczi no pudo imponerse en todas partes. Esto se deduce de la encuesta llevada a cabo por Glover (1955, pp.261ss) en el año 1938, y cuyos resultados el autor consideró representativos también para los años cincuenta. Entre otras cosas, preguntó a sus colegas si estarían dispuestos a admi-tir frente a sus pacientes sus estados de ánimo, angustias o enfermedades. La ma-yoría estaba dispuesto a confirmar las observaciones hechas por el paciente, si es que fuera necesario hacerlo. Algunos tomaban la decisión de hacerlo de acuerdo con los efectos eventuales sobre el paciente, es decir, eran en alguna medida flexibles. Sólo una pequeña minoría se había hecho la regla de no confirmar ni tampoco ne-gar tales suposiciones o preguntas del paciente. En lo que se refiere a las preguntas de tipo no personal, la gran mayoría de los encuestados estaban dispuestos a en-tregar información objetiva sobre problemas sexuales y no sexuales, aunque sólo para una cuarta parte de los analistas entrevistados esto constituía un asunto no problemático. Hubo un amplio consenso sobre el deber de analizar las preguntas. Pero también sobre el error que significa convertir una pregunta en el punto de partida de un análisis motivacional, si es que la pregunta se justifica de manera realista. Se opinó que el análisis estereotipado de las preguntas aumenta la indife-rencia o la resistencia del paciente y que además es un signo de inapropiada ansie-dad por parte del analista.

El resultado de esta encuesta revela que los psicoanalistas son flexibles en su práctica en cuanto a responder las preguntas del paciente. Sin embargo, sólo raras veces se encuentra en la literatura una postura tan clara frente al manejo estereo-tipado de las preguntas, como la de Kohut (1971, p.89):

Permanecer en silencio cuando se recibe una pregunta no es, por ejemplo, neutralidad, sino mala educación. No es necesario recalcar que, de acuerdo con circuns-tancias clínicas especiales, y después de las explicaciones correspondientes, existen momentos en los análisis en los que el analista no ve la necesidad de enfren-

tarse con las exigencias pseudorrealistas del paciente, sino que insistirá en la investigación de su significado en la transferencia.

La sobrevaloración de las interpretaciones, que compartimos plenamente, ha conducido a que a muchos analistas se les escape el hecho de que cuando se toman en serio las preguntas del paciente en un nivel manifiesto, se crea un clima terapéutico positivo. Según nuestra opinión, los analistas recurren a la regla de la contrapregunta porque temen que, de otro modo, los pacientes se mantendrán en un nivel superficial. Un ejemplo de esto lo encontramos en el estudio de Dewald (1972) sobre proceso, cuyo mérito especial consiste en que los protocolos verbales permiten formarse una idea muy certera sobre su técnica. Al comienzo de la primera sesión, la paciente preguntó sobre lo que tendría que hacer en el caso de estar embarazada. Dewald contestó diciendo que sería necesario entender lo que estaba detrás de la pregunta para así poder reconocer otros significados inherentes a la pregunta misma. De hecho, el significado de la pregunta permaneció oscuro incluso en un nivel manifiesto, y el analista no hizo mayores esfuerzos por discutir algo en ese nivel.

En su crítica a Dewald, Lipton (1982) hace notar que con esta técnica los aportes verbales del paciente toman un carácter incongruente e ilógico. Para Dewald, el objetivo de esta técnica es obtener material para sus interpretaciones puramente histórico-genéticas. Esto lo logra a través de señalar a la paciente, con su respuesta a la pregunta inicial, que el significado manifiesto de la pregunta no es de interés para él, e interrumpiéndola repetidamente en el curso de la sesión, la mayoría de las veces sólo para preguntarle asociaciones o detalles adicionales. Estamos de acuerdo con Lipton en que los significados ocultos, latentes, pueden ser captados por el analista sólo después de haber comprendido lo que el paciente le quiere decir en un nivel manifiesto. Mediante esta forma de contrapregunta, y su insistencia en asociaciones adicionales, incluso antes de que el sentido manifiesto de la pregunta del paciente haya quedado claro, Dewald plantea, en este ejemplo, la posibilidad de comprender los aspectos transferenciales de la pregunta del paciente y, eventualmente, de interpretarla. Para poder hacer esto, sería necesario entender el significado manifiesto de la pregunta y saber qué elementos de la situación la desencadenaron. Así, en este caso, la técnica de la contrapregunta podría ser señalada como culpable de que material altamente significativo para la transferencia actual de la paciente permaneciera inaccesible para el análisis. Mucho más tarde salió a la luz que, cuando le hizo la pregunta a Dewald, la paciente llevaba ya dos meses de embarazo.

Nuestras dudas frente a la técnica de la contrapregunta se basan no sólo en que no siempre favorecen la comprensión más profunda del paciente, sino también en que su aplicación rígida puede llevar a complicaciones difíciles en el desarrollo de la transferencia.

Greenson (1967, p.279) describió un paciente cuyo análisis previo había sido poco exitoso, probablemente porque el analista había utilizado una técnica demasiado rígida, técnica que contemplaba no contestar preguntas y no dar ninguna explicación al paciente de las razones de esta técnica. En este punto, Greenson pudo estructurar el análisis de manera más productiva, al fundamentar frente al paciente el porqué de su no contestación de las preguntas. El reconocimiento de

Greenson de que el paciente tenía derecho a recibir una explicación para esta regla analítica, poco habitual en comparación con la situación cotidiana, hizo posible que el paciente hablara de los sentimientos de profunda humillación y de falta de consideración que había tenido con su analista anterior. De este modo, la transferencia negativa del paciente, que había conducido al estancamiento del análisis anterior, se hizo accesible a la elaboración y a la interpretación.

Es probable que el lector se extrañe al saber que fue precisamente Ferenczi, el primer analista en pensar que los estados de carencia y los defectos tempranos podrían ser reparados, quien habló en favor de la rigidez en un campo tan delicado de la comunicación. En aquel entonces, cuando formuló la regla de la contrapregunta, Ferenczi (1919) se guiaba en la terapia según el modelo de la descarga, y aconsejaba forzar las fantasías, o aumentar la tensión, como parte de la técnica activa recién estrenada. ¿Tiene sentido, entonces, especular sobre la relación entre la rigidez y el cuidado maternal de los pacientes regresivos? Creemos que sí, puesto que nuestro conocimiento actual nos permite suponer que la negación de las respuestas en pacientes con disposición a la regresión puede desencadenar profundos estados regresivos de tipo psicótico.

Naturalmente, con esto no queremos decir que la implantación de la regla de la contrapregunta en el año 1918 fue la única responsable de las regresiones profundas que sufrieron pacientes tratados por Ferenczi en los años veinte. Si admitimos que Ferenczi se atuvo estrictamente a esta regla al tratar pacientes graves (lo que efectivamente hizo), podemos decir con cierta seguridad, basándonos en el conocimiento actual, que las regresiones iatrogénicas eran inevitables.

Las experiencias que se comunicaron en un seminario sobre "estados regresivos severos durante el análisis" (Weinshel 1966) son especialmente instructivas al respecto. Numerosos casos, presentados en esa mesa redonda por prominentes analistas, llevaron a Frosch (véase Weinshel 1966, pp.564, 567) a señalar que entre los factores que pueden desencadenar una regresión grave se encuentra en primer lugar el silencio del analista, recomendando que los analistas "hablen más a desnudo" y "contesten con mayor prontitud las preguntas" cuando trabajan con pacientes de riesgo. Esta conclusión fue obvia después que se reconoció el papel de la aplicación rígida de la regla de la contrapregunta y del silencio como medio técnico auxiliar, en general o en la forma de una no contestación de preguntas o peticiones, como causantes, al menos en parte, de daños iatrogénicos. Sin embargo, y por varias razones, la flexibilidad patrocinada no es tan fácil de realizar. Quien se deja guiar en los tratamientos por reglas ritualizadas, delega en ellas la propia responsabilidad. Si las reglas son seguidas sin mayor crítica, se pasará por alto el poder manipulador inherente a ellas. Solamente cuando se superan las ligaduras estrictas a una regla, decidiendo por sí mismo contestar o no a una pregunta, el modo de hacerlo y su justificación, se es plenamente consciente de la propia responsabilidad. Sin embargo, considerado el asunto desde el punto de vista del representante del sistema de reglas, el analista flexible manipula aun cuando justifique su decisión pragmática y científicamente. Desde el punto de vista del sistema de reglas, incluso aquello que es recomendable o ha demostrado ser benéfico para el paciente es una manipulación. De acuerdo con esto, en sus recomendaciones sobre la flexibilidad técnica en los pacientes de

riesgo, Frosch señaló que se trataba de "manipulaciones" (es decir, tratamiento cara a cara, comunicación del número telefónico privado, prescripción de fármacos o cambios en la frecuencia de las sesiones). Sin embargo, el sistema de reglas no tiene la última palabra :

Si el clima, la actitud y el modo de pensar son analíticos desde un comienzo, entonces el deslizamiento suave, imperceptible, hacia la técnica psicoanalítica clásica va a ser absolutamente natural, y el comienzo del tratamiento se fundirá sin solución de continuidad y orgánicamente con el resto de la terapia (Weinshel 1966, p.567).

Ya que la regla de la contrapregunta en el contexto de un sistema de reglas rígido, como es sustentado por Menninger y Holzman (1958), puede tener efectos secundarios desfavorables en cualquier fase de la terapia -y no solamente en pacientes de riesgo- el cuidado de un clima analítico, en el sentido de Frosch, es siempre algo decisivo. La dosificación de los medios terapéuticos debe ser ajustada en cada caso individual de tal modo, que se pueda realizar la meta del tratamiento psicoanalítico, es decir, el logro de cambios estructurales a través de la interpretación de la transferencia y de la resistencia. Así, habrá psicoanálisis en los que el analista dejará muchas preguntas sin contestar y otros más decididamente de apoyo. La clasificación en terapias de apoyo, expresivas y estrictamente analíticas, es cuestionable. Consideremos el siguiente breve diálogo sobre el que informan G. y R. Blanck (1974, p.330):

Paciente: Hoy día siento como si odiara a toda la gente, especialmente a todas las mujeres. (Pausa). Pareciera que a usted no le importa que yo diga esto. (Pausa). Usted es más fría que un témpano. Estoy triste. ¿Por qué no dice nada?  
Terapeuta: Lo haré. No me afecta que usted diga lo que siente.

En este pasaje lo importante no es el contenido de la intervención, sino el comentario de los Blanck de que, en el tratamiento de pacientes limítrofes, es permitido, en contra de la técnica psicoanalítica, responder a un comentario. Hasta el momento, las experiencias con la regla de la contrapregunta no justifican considerarla como la tabla de los mandamientos.

#### Reglas

Las reglas de la cooperación y del discurso

#### 7.4.2 Las reglas de la cooperación y del discurso

Preguntar y responder son conductas verbales que apuntan a una estructura dialógica, en contraste con los modelos verbales de monólogo, cuando el paciente asocia libremente. La regla de la contrapregunta tiene por objeto convertir en soliloquio una conducta verbal que el paciente inició como coloquio. Para comprender el efecto que tiene la desviación de las reglas de conversación cotidianas, es útil poner la mirada en algunas reglas del discurso y de la cooperación que conforman el horizonte de experiencias y expectativas de toda

persona. Nos limitaremos a aquellos modelos de conducta verbal que pertenecen al tema de la pregunta y de la respuesta.

En la teoría de los actos verbales de Austin (1962), se parte del hecho de que "con las palabras se hacen cosas", es decir, de que con ellas se actúa. Los modelos de conducta verbal ofrecen al hablante caminos específicos de acción para inter-venir y modificar la realidad (Ehlich y Rehbein 1979). Pero, para que la lengua pueda llegar a ser un medio de conducta eficaz, deberá tomar en cuenta la existencia de compromisos suprapersonales, que se pueden formular como reglas del discurso. Estas reglas del discurso dependen parcialmente del contexto social de una conducta verbal (por ejemplo, en un proceso judicial valen otras reglas discursivas que en una conversación entre dos amigos) y, al revés, una situación social dada queda parcialmente determinada por las reglas particulares del discurso. Si uno proyecta esta última observación al campo psicoanalítico, se podría decir que las reglas implícitas y explícitas del discurso determinan no sólo la situación social manifiesta, sino también el campo de referencia latente de la transferencia y de la contratransferencia.

Para que pueda darse un diálogo con sentido, los interlocutores deben estar dispuestos (y tienen que presupuestar que el otro también lo está) a reconocer las reglas del discurso válidas para esa situación social dada, y tienen que esforzarse en formular sus aportes discursivos de acuerdo con esas reglas (principio de cooperación general, enunciado por Grice [1975]). En el caso de que surjan malentendidos o violaciones de las reglas, debería ser posible una metacomunicación sobre el discurso precedente, que sea adecuada para zanjar el problema. Por ejemplo, uno de los participantes del discurso puede insistir en la observancia de la regla (a modo de ejemplo, "Lo que le dije fue una pregunta, ¿pero usted no me respondió!"). En estas metacomunicaciones se puede explicitar las reglas transgredidas, hasta ese momento implícitas, y eventualmente aprovechar la ocasión de redefinirlas, con lo cual el contexto social y, añadimos nosotros, el campo de la transferencia y de la contratransferencia, sufren modificaciones. En la viñeta casuística de Greenson (1967, p.279) anteriormente citada, entendemos la intervención del analista como una comunicación sobre el discurso del siguiente tipo: la regla de la contrapregunta es introducida y fundamentada de manera explícita. De este modo, el analista le quita al paciente un peso de encima frente al miedo de que el analista proceda en forma arbitraria con él, es decir, de que éste no garantice la observancia de la regla general de cooperación, con lo cual la relación transferencial se alivia de una buena porción de tensión y agresión latente.

De acuerdo con el principio de cooperación general, aparecen reglas específicas adicionales, según la intención de cada acción verbal. Estas reglas adicionales permiten a quien recibe la acción verbal, por un lado, identificarla (por ejemplo, distinguir preguntas de peticiones, o de amonestaciones) y, por el otro, le posibilitan fijar la reacción adecuada a ella. Así por ejemplo, la reacción adecuada frente a una pregunta es una respuesta o una contestación, en la que la persona solicitada fundamenta el hecho de no dar una respuesta.

Quisiéramos ahora hacer algunas reflexiones sobre la manera como el silencio y la contrapregunta se perfilan contra el telón de fondo de algunas reglas del discurso.

Si el analista permanece en silencio frente a una pregunta del paciente, se le atribuye un significado al silencio. Debido a que éste puede ser interpretado de infinitos modos, el paciente tiene un sinnúmero de posibilidades, que configura según el contexto de la situación y la forma de la relación transferencial existente. El paciente tiene que suponer, teniendo presentes las reglas del discurso, que el analista no quiere tomar en cuenta las reglas de cooperación o de que quiere darle a entender, en silencio, que no ha cumplido con una de las premisas que harían de su observación una pregunta. Si el paciente supone la primera posibilidad, esto puede conducir a la interrupción del tratamiento. Esto no sucede si el paciente está dispuesto, en base a motivos transferenciales, a aceptar esta definición de la relación, donde el analista puede comportarse arbitrariamente. En este caso, el analista ha contribuido con su silencio a que este modelo transferencial de sometimiento se configure, o al menos se refuerce, desde un régimen arbitrario. Pero, aunque el paciente opte por la segunda posibilidad, es de suponer que el paciente sienta esta manera silenciosa de "comunicarse" como particularmente ruda, lo que tendrá inevitablemente repercusiones sobre la relación transferencial.

Se puede dar una situación aún relativamente favorable, si el paciente interpreta en gran parte el silencio del analista en el sentido de que este último no dispone de la necesaria información. En este caso, la repercusión sobre la transferencia podría consistir en que el paciente renuncie en parte a su exagerada idealización del analista.

#### Reglas

El hallazgo del objeto y el diálogo

La regla de la técnica de la contrapregunta de Ferenczi -especialmente si se la introduce sin fundamentarla- puede ser entendida por el paciente como si el analista no quisiera darle la necesaria información, a pesar de que muy probablemente la tenga. De hecho, hay contextos sociales en los que existe una relación asimétrica entre el hablante y el destinatario (a menudo relacionada con una correspondiente desproporción en la repartición del poder), que se expresa en una ausencia de la disposición a comunicar una información. Por ejemplo, en un juicio, a un acusado no le está permitido requerir información del juez (excepto preguntas que aseguren el entendimiento verbal), aunque lo contrario sí sea posible (en cuántas películas hemos visto aquella escena en que el indefenso protagonista se enfrenta a los representantes del poder, quienes "imponen las reglas del juego" con la frase: "¡Yo soy quien hace las preguntas acá!"). La regla de Ferenczi (también en la modificación hecha por Greenson) apunta a explicar la situación analítica como un campo interaccional en el cual no se permiten preguntas informativas genuinas por parte del paciente. El paciente incorporará esto en su transferencia, de acuerdo con su disposición personal. Una posibilidad sería que fantaseara la situación analítica como una escena judicial. Ahora, según determinadas disposiciones transferenciales, el paciente podría suponer que no se está cumpliendo con el principio de cooperación general. Al referirnos al silencio del analista discutimos esta posibilidad. Este peligro es especialmente grande en la fase inicial, cuando el paciente no puede comprender aún el sentido de las reglas psicoanalíticas.

Una situación algo distinta se da cuando el analista sigue la recomendación de Greenson y explica al paciente el propósito de la regla de la contrapregunta. Tales explicaciones no tienen un efecto muy persistente, pero pueden afianzar la relación, especialmente cuando la información sobre las reglas ha sido enriquecida por medio de interpretaciones.

Racker (1968), en sus estudios sobre la estrecha interrelación entre transferencia y contratransferencia, llama la atención sobre el hecho de que el silencio del analista (y nosotros agregaríamos, la rígida adhesión a la regla de la contrapregunta), también puede ser expresión de un tipo de reacción contratransferencial iatrogénica:

Si la neurosis del paciente se centra, por ejemplo, en un conflicto con su padre interiorizado, él proyectará este último en el analista y lo tratará como a su padre; el analista se sentirá tratado como tal -se sentirá maltratado- y reaccionará internamente, en una parte de su personalidad, de acuerdo con el tratamiento recibido. Si el analista no alcanza a darse cuenta de su reacción, su conducta será inevitablemente afectada por ello y renovará la situación que, en mayor o menor grado, ayudó a establecer la neurosis del analizando. [...] Un ejemplo bien conocido de esto es el silencio vengativo del analista. Si el analista no se da cuenta de estas reacciones [contratransferenciales] existe el peligro de que el paciente repita, en su experiencia transferencial, el círculo vicioso de proyección e introyección de "objetos malos" (en realidad neuróticos) y las consecuencias patológicas de angustias y defensas (Racker 1968, pp.137-138; cursiva en el original).

Queremos resumir nuestra teoría de la acción verbal de la siguiente manera: el paciente trae al análisis un conocimiento mayormente preconsciente sobre las reglas del discurso, extraído, en gran parte, de su experiencia cotidiana. Cada vez que el analista se aparta de las reglas del discurso cotidiano introduce, implícita o explícitamente, nuevas reglas de discurso que pueden producir confusiones y, correspondientemente, influye en los patrones transferenciales del paciente. Al hacer esto, el analista orienta al paciente en la dirección de un modelo transferencial que concuerda con las nuevas reglas del discurso. Los modelos transferenciales emergentes dependerán del tipo de disposiciones transferenciales del paciente.

#### 7.4.3 El hallazgo del objeto y el diálogo

Nuestra referencia a la teoría de la acción verbal ha demostrado, en el ejemplo del modelo verbal de la pregunta y respuesta, que las reglas del discurso forman un sistema altamente diferenciado de reacciones mutuamente relacionadas de ambos interlocutores. En el nivel de la interacción no verbal entre madre e hijo, se conocen modelos de interrelación y coordinación similares. Spitz (1965) también llamó diálogo a este comportamiento de referencia mutua entre madre e hijo, destacando su significado como condición previa para que el niño sea capaz de adquirir objetos internos y con ello constancia de objeto. De manera natural,

las re-flexiones de Spitz se pueden aplicar al diálogo verbal en el análisis, cuya meta es el cambio estructural de las representaciones de sí mismo y de objeto. Según Spitz, en el diálogo entre madre e hijo se engarzan no sólo los modelos de conductas, sino también los afectos previos y acompañantes. Aquí no se trata de que la madre podría, o incluso debería, satisfacer todos los deseos del niño, sino que el diálogo debe desenvolverse en forma gratificante para el niño tan a menudo como sea posible, para posibilitar el desarrollo de la imagen de una buena relación de objeto (*nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus*: en el intelecto no hay nada que antes no haya estado en los sentidos). Por otro lado, los modelos del niño (su imagen de la relación de objeto) serán también sometidos a un proceso de diferenciación, en la medida en que la madre deniega, parcialmente, la satisfacción de los deseos del niño, con lo cual este último aprende a controlar sus impulsos y a sobrellevar la ausencia (inicialmente sólo temporal) de la persona real sin llegar a sentirse inundado por afectos. La analogía del diálogo preverbal, como lo describe Spitz, con el modelo de pregunta y respuesta, es clara. Entre la respuesta directa, por un lado, y la réplica eva-siva, por el otro, se tensa el arco de la satisfacción, por un extremo, y de frustración, por el otro. Siguiendo con la analogía, el analista, igual que la madre, tendría que encontrar la mezcla entre ambas, dosificada correctamente, si quiere promover el desarrollo de su paciente. Aquí queda en evidencia que una aplicación rígida de la regla de la contrapregunta representa una solución demasiado fácil del problema. Una parte de las preguntas del paciente deben ser respondidas en aquel nivel tematizado por el paciente, si queremos facilitar la estructuración de una alianza de trabajo sólida. Que esto se realice sin frustración, ciertamente no es posible, y por varias razones: por ejemplo, porque el analista no sabe la respuesta, o porque desea proteger su vida privada (igual como la madre debe protegerse de una exigencia excesiva de parte del niño), o también, porque las frustraciones normales promueven la diferenciación realista de los modelos de relación del paciente. De esta manera, el analista sigue estando totalmente dentro del marco de las reglas del discurso cotidiano. Ahora, tampoco queremos proponer que el analista debe seguir las reglas del discurso cotidiano en relación a responder las preguntas del paciente, o, en general, en el encuadre terapéutico. Pero lo que sí queremos poner de manifiesto, es que las reglas implícitas y explícitas introducidas por el analista mediante su técnica son determinantes esenciales del modo de configurarse la transferencia del paciente. Flader y Grodzicki (1978) son de la opinión que la regla fundamental y la regla de la abstinencia inducen conductas transferenciales que repiten los modelos de relación del niño hacia personas de las cuales dependía. Ciertamente, no podría existir una madre que siempre evite o deje sin responder las preguntas de su hijo. Por esto, no hay que perder nunca de vista el aspecto iatrogénico en la repetición (véase cap. 2). Por lo demás, de lo que se trata es de una repetición bajo condiciones más favorables. La estereotipia dicutida anteriormente no crea condiciones fructíferas para que el paciente encuentre ahora mejores respuestas que antes. En base a los efectos previsibles sobre la relación transferencial, el analista debe examinar cuidadosamente las desviaciones de las reglas del discurso cotidiano que puede exigir a su paciente.

Las posibilidades únicas del diálogo psicoanalítico se fundan en el hecho de que sus reglas de discurso son, en ciertos aspectos, más amplias que las reglas del discurso cotidiano. El propósito de esta mayor amplitud, en la que también se incluye la interpretación, es crear las condiciones para que lo inconsciente llegue a ser consciente. Esta es también la buena intención de la regla de la contrapregunta, aunque su aplicación rígida ciertamente no conduce a este fin. Así, el analista no ha realizado correctamente su trabajo si simplemente contesta las preguntas del paciente en forma convencional; él debe comprender lo que permanece inconsciente detrás de la pregunta. Según Flader y Grodzicki (1978), el analista tiene que, en último término, contestar algunas preguntas que el paciente aún no puede formular por no tenerlas del todo conscientes. Para mayor claridad, pondremos un ejemplo: un niño, temeroso de quedar solo, pregunta a su madre que va a salir: "¿Cuándo vuelves?". La madre contestará la pregunta y, quizás, agregará algunas palabras de consuelo. El paciente que hace esta misma pregunta al analista al comenzar las vacaciones de verano, posiblemente obtendrá la siguiente interpretación a modo de contestación: "Usted pregunta esto ahora, para asegurarse de que yo regresaré y de que su rabia sobre mi partida no va a dañar nuestra relación". Con esta respuesta, el analista evita parcialmente responder la pregunta planteada (aunque en este ejemplo, la pregunta queda contestada en cuanto el analista implícitamente da a entender que regresará). Esta evasión implica frustración. Así, en una interpretación transferencial, el analista comienza un modo especial de metacomunicación con el paciente, con la intención de iluminar los componentes inconscientes de la relación hacia él. Esta interpretación representa una respuesta a la pregunta que el paciente no puede formular: "¿Por qué soy tan agresivo?, y ¿por qué no puedo expresar mi agresión?"

En la medida en que el paciente se sienta comprendido por el analista a través de su interpretación y aprenda así a conocerse mejor, obtiene algo que de todas maneras implica un poco de gratificación, que, además, lo ayuda a superar sus conflictos de mejor manera. En este sentido, se verá más que compensado por el poco de frustración que hay en la negación de una contestación directa a su pregunta. Pero, para que esto pueda llegar a darse, es decir, para que el analista pueda dar una interpretación benéfica, primero tiene que desarrollarse una relación terapéutica con sus aspectos conscientes, inconscientes y transferenciales. El analista contribuye a este desarrollo con todo lo que hace u omite. En los pacientes de riesgo, la adhesión rígida a la regla de la contrapregunta aumenta el peligro de la regresión maligna, o limita la accesibilidad del paciente a las interpretaciones. Por otro lado, el objetivo terapéutico tampoco podría ser logrado mediante la simple adhesión a las reglas cotidianas del discurso. Lo esencial es que el analista se preocupe de obtener claridad por aquello que ha sido desencadenado con sus intervenciones, y que respete las reacciones del paciente en sus siguientes intervenciones.

---

1 En la sección 7.4 nos ocupamos del problema de responder o no las preguntas; ahí fundamentaremos con mayor precisión por qué consideramos como falsa la respuesta