

¿Qué hacemos los psicoanalistas cuando no hacemos psicoanálisis?¹

Guillermo Mattioli

Resumen

¿Qué hacemos los analistas cuando no hacemos análisis? ¿Numerosas entrevistas preliminares? ¿Psicoterapia analítica? ¿Empleamos otros métodos? ¿O es que mientras escuchamos analíticamente estamos siempre analizando?

Los analistas de niños suelen emplear técnicas lúdicas y expresivas muy variadas. Ante el paciente adulto o los analistas nos encogemos o la definición de psicoanálisis se vuelve más restringida.

O todo es análisis o existen otros métodos con su propia validez o todos los diferentes métodos pueden ser reducidos finalmente al psicoanálisis. O no pueden ser reducidos pero como el psicoanálisis es el mejor más vale un poco de análisis que mucho de cualquier otro método. ¿O toda comparación es un error porque el análisis es otra cosa?

En esta contribución describo una opción personal ante todas estas cuestiones, en la que combino psicoanálisis con terapias sistémicas con hipnosis ericksoniana.

I

Una mujer de cuarenta y cinco años viene a su sesión de análisis muy nerviosa, doblada de dolor por «una piedra en el estómago». Le pido una descripción de la piedra: tamaño, textura, peso, color, que escuche si emite algún sonido, etc. Comenzamos a cambiar cada cualidad: color, peso, etc. Finalmente la piedra es transformada en aire y sale por la respiración. Muy aliviada comienza a asociar.

Una mujer de cuarenta y seis años. Concorre a la primera entrevista: muy deprimida, baja laboral, no responde a la medicación. «Mi mente trabaja por lo negativo». El próximo sábado será la fiesta de las bodas de oro de sus padres; ¿cómo ir así? Ejercicio de los colores. Del rojo, que ella asocia con angustia al azul cielo, que asocia con paz; todo esto

siguiendo el ritmo del corazón. Vuelve a la semana siguiente. En la fiesta se divirtió bastante, sin exagerar pero pudo estar. Cada vez que se sentía nerviosa evocaba el cielo azul y se calmaba.

Un chico de veintitrés años. Primera entrevista. Se come la cabeza, sufre de ideas obsesivas en las que sus padres se divorcian, miembros de su familia sufren desgracias, o él mismo se ve atrapado en situaciones de encierro. No puede durar en los trabajos debido a su claustrofobia. Le induzco un trance ligero y le pido que se ponga a comerse la cabeza a propósito y con la máxima intensidad posible. Lo hace varias veces, en sesión y en casa. Resultado: deja de comerse la cabeza y podemos explorar en detalle conflictos con la familia, cómo su síntoma es una venganza contra el padre, etc. Además comienza a soñar y en sus sueños reaparecen los argumentos de sus obsesiones, se demuestra cómo su síntoma es una venganza contra su padre y una manera de controlar a sus padres para impedirles pelearse y por tanto divorciarse.

Mujer de treinta y cinco años. Lleva varios años en análisis. Impulso irresistible a suicidarse. Escucha una voz en sesión que le dice: «acabarás haciéndolo». Es la voz de un niño como de diez años. Recuerda un sueño a los seis o siete años en el que tiene pito, se lo quiere acariciar y justo entonces la despierta su madre. Alivio al despertar constatando que no lo tiene. Vuelve a aparecer la voz del niño; pido permiso para hablar con él a través de la paciente. El niño se ríe de ella, quiere que se muera «para que se corte el hilo entre ambos». Le pregunto qué más quiere. «Que sea mujer». Le pregunto cómo se llama y no responde.

Sesión siguiente. Ella intuye que ese niño se llama Luis. Se lo preguntamos y dice que sí. Acepta hablar conmigo. Le gusta jugar y se queja de no poder crecer si ella no crece. La madre de ella los ató juntos cuando niños y cree que si ella muere él podrá seguir libre. Le pido una tregua y que acepte mi ayuda, para ver si podemos ayudarla a crecer. Firmamos los tres una tregua, ella firma por él con su permiso y yo le pido que no la abandone pero sin exigirle que se mate mientras dure la tregua. La

paciente interrumpe temblando; «¿y si yo quiero empastillarme?».

Una mujer de treinta años. Lleva dos años de análisis. Habla de sus innumerables dietas inacabadas. Ahora sigue un método de un alimento cada día. Encallada en plátanos, le producen asco, esa textura, puaj... Ejercicio: imaginar plátanos, «ahora ponles un color, ¿de qué color son?» «¡Amarillos!» ¡Este color le da un asco...! «O.K. Ahora cámbiales el color». «Rojo», este color sí que le gusta. «Vale, ahora imagínate el sabor de plátanos rojos». Imagina que los come, no le producen ningún efecto. Puede continuar la dieta. Interrogada un año después no se acordaba de nada de todo esto, y había perdido diecinueve kilos.

Una chica de veinticuatro años. Primera entrevista. Bulimia y vómitos desde hace doce años. Hace dos días la llevaron a urgencias por vomitar sangre. Al final de la primera entrevista le indico que ya ha practicado suficientemente el no y que ahora le dé una oportunidad al sí. Autopermisio. Esta palabra la conmueve. Comer lo que quiera cuando quiera. Sorprendida pero accede. Vuelve a la semana. Ha comido bastante; ahora acepta las verduras que le hace la madre, pero ya no le interesa vomitar, incluso cuando lo intenta le parece extraño, ya no es como antes. Produce infinidad de asociaciones sobre el contexto de su síntoma, historia de su familia, etc. Continúa la prescripción del sí y vuelve extrañada: ha sentido «ansiedad sin hambre».

Con estas viñetas sólo pretendo introducir una ilustración sugerente de lo que sigue. Quizás fuera mejor presentar un solo caso de manera completa, pero he escogido este modo porque me permite mayor variedad de ejemplos. Por otra parte, no creo que ninguno de estos casos presentado *in extenso* fuera muy diferente ni diagnóstica ni interpretativamente de cualquiera de los vuestros. Quiero decir que la inclusión de técnicas en principio foráneas al psicoanálisis no lo desnaturaliza, pero como ésta es la tesis de esta exposición me remito a lo que ahora os diré para intentar demostrarlo.

II

Hace unos años, un colega me decía que no siempre podía hacer psicoanálisis. Le pregunté qué hacía entonces en esos casos y me contestó «voy haciendo... entrevistas... esperando que aparezca la suposición de saber o algún significante especial y se instale alguna transferencia». Yo me quedé con la

impresión de que cuando no hacía análisis lo que hacía era esperar a poder hacerlo.

A mí esto me llamó la atención, pero no me costó entenderlo. Yo mismo había intentado pensar alguna vez así, pero sin éxito, porque mirando alrededor veía terapeutas de otras inspiraciones que también funcionaban y leyendo literatura clínica encontraba que todos los métodos presentaban casos de tratamientos y curas esplendorosas. Había intentado creer que era mejor algo de psicoanálisis que mucho de cualquier otra terapia, pero esta afirmación me parecía muy poco demostrada y más una esperanza que un hecho.

La segunda cuestión, derivada de la anterior, es que yo quería saber qué estaba haciendo efectivamente, no qué estaba esperando poder hacer. Ya me había pasado algunas veces que habiendo pensado una estrategia para un paciente difícil después la había encontrado catalogada en algún libro de terapia no psicoanalítica, generalmente sistémica.

La última cuestión que se me apareció fue la aterradora idea de que incluso el análisis pudiera ser eventualmente perjudicial. Vale que pudiera no ser lo más indicado, ¡pero que estuviera contraindicado! En esa época, además de participar de un ideal monoteísta del psicoanálisis yo tenía una idea que ahora considero equivocada sobre lo que significa la neutralidad analítica.

Tardé varios años en pensar que la neutralidad freudiana se refería a mantener la equidistancia entre los polos del conflicto psíquico. Al principio yo la había entendido como una indiferencia necesaria ante el sufrimiento del paciente. Con el tiempo descubrí que a veces, queriendo mantener una distancia tan exageradamente prudente al final me identificaba aún peor; de tan lejos más cerca. Esta posición negativa y radicalmente fóbica me ha llevado a lo largo de los años a repetir situaciones traumáticas ya demasiado conocidas por algunos pacientes, por supuesto aquellos ya entrenados por su historia a postrarse masoquistamente a los pies de algún personaje tanto más idolatrado cuanto más despreciados se sintieran por él. Otros, por suerte para ellos, me abandonaron. Revisando historiales antiguos, ahora respeto el valor de algunos pacientes que dejaron el tratamiento, así como me duele haber estado emocionalmente tan lejos de otros. Como ya he dicho, ni se me podía ocurrir que el psicoanálisis pudiera estar contraindicado y deseaba convencerme de que un poco de psicoanálisis, aunque al paciente lo dejara insatisfecho era mejor que cualquier otra cosa. Hace un tiempo encontré una frase de Colette Soler (1989, p. 13) en la que

dice que «el analista dispone del poder sobre el curso de la cura hasta el punto de poder impedirla». Ahora esto me parece evidente, pero antes no.

En la actualidad las cosas se me han complicado por ambos extremos. De un lado mi definición de dispositivo, *setting* o encuadre es mucho más flexible que antes, incluso la definición de psicoanálisis se me ha vuelto más inclusiva, pero del otro también pienso que hay casos para los cuales existen enfoques mucho más apropiados. Los ejemplos más numerosos que recuerdo se refieren a la inclusión de familiares del paciente. Ya no pienso tan cuadradamente que si una mujer tiene problemas con el marido y me sugiere venir con éste a la consulta se trata de la histérica descrita por Israel, que pretende traer a su marido obsesivo para exhibírmelo triunfalmente. Y aunque piense que tal vez se trate de esta histérica, puede ser que también acepte que lo traiga si éste quiere venir. Es posible que así resolvamos más fácilmente el conflicto entre ellos.

Además, ahora tampoco temo tanto que se desnaturalice el dispositivo si se incluyen en él algunas técnicas como las que yo aprendí de la sistémica, la programación neurolingüística y la hipnosis. Ahora acepto que hay variantes del análisis, cosa que aprendí justamente leyendo historia del psicoanálisis, por lo que recomiendo a quien lo ponga en duda que se lea una buena historia comparada de nuestra práctica clínica (Sandler [1996], o Thomä y Kächele [1989], o Etchegoyen [1986], por ejemplo). Quien lo haga se llevará más de una sorpresa ante la creatividad a la hora de intervenir de muchos de nuestros antecesores, y no sólo la de los más famosos.

Pero también hay razones prácticas. Supongamos que un paciente sufre de persistentes dolores de cabeza. Se le puede enseñar un sencillo ejercicio de inducción al trance en el que mediante su imaginación modula este dolor hasta lograr el alivio. Este es un ejercicio que también puede practicar solo, cada vez que le duela la cabeza. Como es lógico, desde este punto se abren al menos dos caminos: a) que lo practique y desarrolle su experiencia con el dolor o; b) que no practique el ejercicio, y prefiera quedarse con el dolor de cabeza.

Lo que quiero decir es que ambos caminos son ventajosos para la continuación de su análisis. El primero porque la transformación de un dolor crónico opaco en una modulación del mismo nos permitirá tanto al paciente como a mí relacionarlo mejor con circunstancias de su presente y de su historia, además de que el paciente pase de ser víctima de su dolor a adquirir algún control sobre el

mismo. En el segundo caso, si el paciente prefiere el dolor al alivio, habremos encontrado un atajo a la resistencia y ambos tendremos mejores posibilidades de explorar y descifrar para qué necesita su dolor de cabeza, ya no sólo sus beneficios secundarios sino también el beneficio primario del síntoma, es decir las identificaciones que lo traman y los deseos que lo motorizan.

III

Una vez asumido que la neutralidad se refiere al conflicto y que un síntoma, o un comportamiento bizarro han constituido la mejor solución que la mente del paciente había encontrado en su contexto, cambió también por supuesto mi concepción de conflicto psíquico. La pugna ya no era entre un deseo y un antideso sino entre dos deseos, aunque al segundo le llamásemos defensa. Aquella primerísima afirmación freudiana de que el agente patógeno siempre es la defensa cobraba un nuevo sentido. Ahora ninguno era patógeno. De una concepción involuntariamente maniquea entre un deseo inaceptable y una reacción inaceptante pasé a contemplar el conflicto entre dos deseos, ambos positivos desde sus premisas para el sujeto, representantes de personajes («partes» como se dice), ambos ciudadanos de pleno derecho de esa «pluralidad de sujetos» que es la definición nietzscheana del alma y que, en todo caso, competían por hacer valer sus intenciones al servicio del sujeto colectivo que los alberga.

IV

Tres veces he vivido la emoción del descubrimiento (sin descubrir yo nada), con toda la magia que ello comporta. La primera fue el psicoanálisis y la segunda la terapia sistémica. Tuve la suerte de entrar en un equipo en el que pasamos años tratando familias de toxicómanos, con espejo unidireccional y supervisándonos salvajemente unos a otros. Nos rompíamos la cabeza para inventar prescripciones del síntoma e instrucciones paradójicas. Desde entonces éstas han quedado incorporadas a mi práctica; hablar en paradójico es algo que me sale naturalmente, tanto en individual como en familiar. A partir de que comencé a practicar sistémica, me muevo cómodo entre individual y familiar, pasando de un enfoque a otro cuando me parece conveniente. Cuando descubrí la programación neurolingüística y con ella la hipnosis

ericksoniana, que fue mi tercer hallazgo, comencé a hacer prescripciones en trance y a buscar nuevos ejercicios para resolver situaciones conflictivas, partiendo del principio (estoy convencido que evidente para cualquier psicoanalista) de que un síntoma se ha de resolver en un estado mental diferente de aquel en el que fue construido.

V

Llegados aquí, surge la pregunta que tantas veces me ha formulado amistosamente algún colega. ¿Qué es esto? ¿Un plato con guarnición, como un entrecot con patatas y pimientos? ¿O por el contrario se asemeja más bien a una ensalada descompensada en sus ingredientes y ningún aliño?

Peor que las gastronómicas son las metáforas andariegas. Ya me han dicho que a la larga habré de optar, que no se pueden transitar varios caminos al mismo tiempo y que en todo caso ni pretenda aspirar al título de psicoanálisis porque estos experimentos pasan por alto la original ruptura epistémica operada por Freud en la historia del pensamiento.

Si intento imaginar una distribución espacial me sale algo así: psicoanálisis como cuerpo principal. Sistémica familiar en un flanco. En el otro flanco, sistémica individual. Dentro del psicoanálisis, ejercicios de hipnosis ericksoniana y de programación neurolingüística.

Repito la pregunta. ¿Qué es esto (psicoanálisis más sistémica, más PNL e hipnosis más cognitiva más lo que haga falta); el entrecot con guarnición? O ¿todo lo demás, sistémica, etc. se integra dentro del psicoanálisis, que sigue siendo el conjunto inclusivo? ¿O todo esto está viciado de nulidad porque estos elementos no se pueden sumar?

Respuesta. No lo sé exactamente y no siento ninguna urgencia en saberlo. Alguna vez alguien, y como disculpándose, me ha sugerido el calificativo de eclecticismo. En realidad no me ofende en lo más mínimo. Habiendo algo así como quinientos métodos psicoterapéuticos en el mundo (siendo tal vez el psicoanálisis de los más antiguos), ya me gustaría poder ser ecléctico y practicarlos todos con neutralidad freudiana; todos ellos tendrán alguna vez algo bueno que ofrecer. Pero esto es demasiado para mí, y también tengo mis preferencias, por eso me he centrado sólo en tres, de los que poseo experiencia personal. También volveré sobre el tema de las terapias, pero mientras tanto aquí van algunas reflexiones sobre la inclusión de técnicas sistémicas o ericksonianas en sesión y su relación con el dispositivo analítico.

a) Una definición deliberadamente general del psicoanálisis como método debe incluir la pareja asociación libre-atención flotante, la transferencia y la interpretación. Como cualquier método terapéutico también debe incluir una previsión de los resultados esperados y una teoría sobre cómo se obtienen éstos, es decir una teoría sobre el cambio psíquico, en especial el cambio inconsciente.

b) Cuando yo propongo algún ejercicio en la sesión siempre lo hago al hilo de las asociaciones del paciente, al estilo de la paciente que viene con una sensación de piedra en el estómago y yo entonces le sugiero que juguemos con su peso, textura, color y sonido, para después transformarla en un gas y expulsar el malestar vía la respiración. Este ejercicio no interrumpe la capacidad de asociar sino que la reabre, la rescata de la situación de bloqueo. Esta paciente, lo mismo que aquella que vino a sesión con un intenso dolor de cabeza, no podía hablar debido a su dolor. También estoy respetando sus asociaciones cuando aprovecho ocurrencias muy visuales de un paciente para sugerirle que desarrolle la película, la pase a color o imagine varios finales. Se trata en todo caso de aprovechar lo que ya está ocurriendo en la experiencia del paciente para que ésta se despliegue aún más.

c) Tampoco la atención flotante tiene porqué verse restringida. La conciencia, pese a las limitaciones que todo el mundo le reconoce puede aun funcionar en varios planos, o círculos de atención stanislavskianos. Diseñar rápidamente un ejercicio a la medida de la experiencia presente del paciente o elegir uno de un catálogo no tiene porqué interrumpir la escucha interior del analista. Al contrario, tener preconscientemente catalogados (como ya tenemos nuestras teorías) los mapas sensoriales de las representaciones verbales nos lleva a escuchar mejor; es como saber música, sólo nos hace mejores oyente, oyentes más creativos. Pero hay otra razón, intuitiva ya seguramente por muchos de ustedes. Lacan (1973, p. 245) tenía razón al decir que en análisis el hipnotizado es el analista. Flotar atentamente aceptando con igual buena disposición todo estímulo que se nos presente ya es un estado de trance. Incluso existen ejercicios que consisten en eso mismo, en aceptar budistamente todas las ideas, sensaciones e imágenes, basados en el principio de que resistirse a los estímulos internos penosos impide su modificación, siendo su aceptación el comienzo del cambio.

d) Llegamos a la pieza central de la cuestión: la transferencia.

Este es un tema muy amplio, por lo que me atenderé a lo que creo es pertinente ahora. Uno de los

peores riesgos en que se puede incurrir es la idealización crónica del analista. Como dice Etchegoyen (1986), constituye un mal asunto para el análisis la disociación entre unos padres horribles en la infancia y un analista maravilloso en el presente. Esta idealización tiene consecuencias que además de contrarias a la ética del análisis son también muy desagradables de llevar y malsanas para nuestra salud laboral. Aclaro esto por si alguien pudiera sospechar que introduciendo estas técnicas pudiera emanar del analista alguna aureola luminosa mensajera de algún poder especial. La práctica indica todo lo contrario. A diferencia de muchas interpretaciones oraculares proferidas por un analista instalado en objeto que no piensa, un ejercicio de trance es algo que funciona o no funciona, y en todo caso tanto paciente como analista lo perciben en acción con toda claridad. Como el paciente rápidamente se percata de que la hipnosis no es sino autohipnosis, el analista pierde aureola en vez de ganarla. Se cae del ideal y se transmuta en objeto pero en un objeto extraño, puramente instrumental, al servicio de la imaginación creadora (preconsciente) del paciente. Además con la hipnosis se puede trabajar sin que el terapeuta sepa el contenido argumental del conflicto, con lo que el paciente mantiene el control de la dimensión confesional de la asociación libre, lo que redundará en beneficio de todos, porque en principio cuanto más poder conserve el paciente tanto mejor para su tratamiento.

e) Para hablar de la interpretación dentro del contexto de esta conferencia, un capítulo que no puede faltar es el referido a la sugestión. Me parece que hay mucho enredo con el tema de la sugestión, enredo que seguramente interesa tanto a los que dicen practicarla como a los que la aborrecen, poseídos por un santo horror. La sugestión es el argumento clásico de todos los críticos del psicoanálisis, cuya comandancia en jefe ha asumido en los últimos años Adolf Grünbaum (1985) y a la que se hace responsable de la supuesta invalidez epistémica del psicoanálisis.

Sugestionar no es sugerir ni dar consejos ni persuadir mediante una buena idea. Una verdadera sugestión es inconsciente; el sugestionado ni se daría cuenta de que lo ha sido. Y esto parece facilísimo de hacer para los detractores de la sugestión, pero les aconsejo que lo intenten antes de hablar para ver si es tan sencillo, por lo menos mediante esta hipnosis. No es lo mismo llenarse la boca con frases sobre la fascinación del ideal y la nula distancia entre el ideal y el objeto que intentar y conseguir efectivamente hipnotizar a alguien,

comenzando porque a nadie se lo hipnotiza si no se deja y a nadie se le hace hacer algo que no quiera. No es tan fácil hacer que alguien haga algo si este algo no lo tenía ya en su mente, y aunque todos podamos sorprendernos de los impulsos que tenemos en la mente, éstos no se sueltan así como así. Para ser eficaz, un ejercicio de trance deberá respetar muchas condiciones. Deberá ser coherente con la cosmovisión del paciente, con su mapa del mundo, con sus valores y deberá serle formulado en su propio lenguaje, utilizando sus metáforas idiosincrásicas. Sobre todo, deberá respetar sin forzar más que ligeramente sus conflictos inconscientes y sus contradicciones conscientes. Con lo que este ejercicio, y sobretodo la conclusión que del mismo extraiga para sí el paciente, resulta algo muy parecido a ofrecer una buena idea que por una vez no acabe en la papelera. Y es de justicia agregar que la instrucción hipnótica no toma partido, sólo apunta a reconciliar deseos o proyectos, incluso a veces provoca un verdadero conflicto allí donde había dos deseos flotando en paralelo en dos niveles mentales distintos.

Ahora bien, esto mismo podríamos decirlo de cualquier buena intervención del analista. ¿En qué se diferencia entonces un ejercicio correctamente realizado de una interpretación bien hecha?

A primera vista se diferencian en que la interpretación no quiere que el paciente haga nada, según la clásica definición de interpretación como la descripción objetiva, verídica y oportuna de la realidad psíquica inconsciente y que no aspira a que el paciente haga algo específico salvo tomar nota de ella. Se supone, en cambio, que siempre se hipnotiza para algo. Pero esta suposición exige también algunas aclaraciones:

1. Los ejercicios de hipnosis más sencillos, los de trance sin contenido, sólo aspiran al trance mismo, es decir que el paciente explore diversos estados posibles de su mente, establezca espontáneamente nuevas conexiones, etc.

2. Cuando el ejercicio persigue un objetivo, éste suele ser el alivio de un dolor, o la mejor toma de consciencia o reconciliación de los polos de un conflicto, o el duelo por la pérdida de alguien, incluyendo el balance de la relación y la realización de tareas pendientes (hablar con el muerto, aclarar acusaciones recíprocas, etc.) También puede pretender hacer hablar un órgano psicosomáticamente afectado o a un trastorno funcional. O también puede buscarse aflojar el maniqueísmo simplificador de un conflicto con otro. Todos estos puntos siempre que sean no sólo sintomáticos sino también aceptables para el

paciente, árbitro final de sus males. ¿Acaso estas metas no pueden ser también compartidas con interpretaciones?

3. Además, la definición mencionada de interpretación no es la única, también hay otras. Pero las exigencias de hablar el lenguaje del paciente y cuestionar su cosmovisión desde dentro serán respetadas igualmente tanto por aquel analista que busque la descripción del estado mental inconsciente, como por otro que busque aproximar otro significado u otro significante, como por el que intervenga ubicado en semblante de objeto ante el paciente para que éste descifre las coordenadas simbólicas de sus deseos.

4. Llegamos entonces al *insight*, el cambio inconsciente y la elaboración. Pero como para este tema me gustaría realizar una incursión por la psicología cognitiva, lo que me exige tonalidades mucho más abstractas que las empleadas hasta ahora, prefiero dejar estos desarrollos para otro momento.

VI

He querido dejar para el final el tema de las tareas para el paciente, que quizás sea el punto que más atenta contra la tradición psicoanalítica.

No debe haber terapeuta que no se haya enfrentado a la pregunta: ¿pero, qué hago? Al principio, impulsado por el principio de nunca decirle al paciente lo que debía hacer, yo me encogía interiormente de hombros. Así fue como, por su propio bien, frustré a muchos pacientes; algunos se fueron y con alguno más listo que yo entré en un larguísimo y sutil pulso en el que sin darme cuenta incluso acabé dándole alguna instrucción. Lo más instructivo de todo es que a veces yo no encontraba una razón convincente para no ofrecer una sugerencia. Eso coincidía con el ocaso de mi etapa de furor todotransferencialista.

Cambié de táctica y comencé experimentalmente a hacer alguna que otra orientación. A veces fue bien aprovechada, otras me hicieron caso para que saliera mal y acusarme de ello; en fin, hubo de todo.

Finalmente, y en eso estoy ahora, como cada vez se me demuestra más que el paciente que pregunta ya tiene una idea sobre qué le conviene hacer, si alguien me lo pregunta puedo adoptar una de las siguientes dos jugadas: a) preguntarle: ¿entre qué y qué y qué y qué?; b) sugerirle diez o más alternativas, algunas muy sencillas, otras extremadamente sofisticadas y algunas

decididamente absurdas (todo menos el número, siempre elevado depende del caso claro está).

Las respuestas que he encontrado son: a la primera jugada el paciente se explaya sobre las opciones que ya estaba barajando. A la segunda puede ocurrir que tome un poco de cada una de las mías; que no coja ninguna y, sin decidir nada de momento, después haga algo de esto con toda naturalidad como si no le hubiera costado nada decidirlo; o que me continúe presionando. En este último caso yo las repaso todas, desglosando pros y contras de todas las que le había expuesto hasta que el paciente se convence de que al menos a mí no se me ocurre ninguna jugada puro pros y sin contras.

Pero la historia sigue porque yo no suelto mi presa. A mí me gusta que mis pacientes sean originales y no que me pregunten qué hacer, así que una vez que lo han hecho jugaremos hasta el final. Si llegamos a elegir algún camino a seguir habrá que seguirlo. Este camino queda apuntado como tarea a experimentar entre sesiones.

VII

Ya estará claro para todos que ni siquiera he intentado responder a la pregunta de qué hacemos los analistas cuando no hacemos análisis. Me he limitado a decir más o menos escuetamente qué es lo que se me ha ocurrido hacer a mí.

La principal cuestión pendiente se refiere a la definición del psicoanálisis. Una definición de mínimos siempre será aquella del dispositivo: asociación libre, atención flotante y neutralidad. Y a partir de aquí comenzaríamos a ver cuánto podemos agregar sin desnaturalizar al psicoanálisis. A mi entender, mientras se mantenga la neutralidad ante el conflicto psíquico, se puede agregar mucha cosa. Mientras se mantenga la idea de que ambos polos del conflicto son igualmente importantes y, como decía Freud, que ya es bastante útil favorecer el encuentro entre el oso y la ballena porque ya sabrán ellos como gestionar sus diferencias cuando no puedan evitarse, no veo inconveniente alguno ni con ejercicios dentro ni con tareas fuera de la sesión.

La escucha analítica desplegada en la transferencia pide un inconsciente cuyos deseos padecen del conflicto moral y cuyas pulsiones buscan y encuentran objetos para disimular su acéfala condición original. La pulsión es antes recorrido que objeto, y cualquier técnica que no pretenda aleccionar al paciente sobre el objeto y sí en cambio aclarar el recorrido es compatible con el psicoanálisis. No es tan uniforme tampoco la

definición de la operación analítica: para la IPA en general consiste en la interpretación; para el mundo lacaniano un analista lo es en su acto. A mi entender es fantástico que tengamos opciones.

Alguien podría decir que estoy complicando innecesariamente las cosas, que cuando no hacemos psicoanálisis hacemos psicoterapia psicoanalítica y ya está. Que si yo quiero incluir otras técnicas muy bien, pero que los analistas ya tenemos esta pregunta bien contestada. Esta es la opción más extendida en toda la órbita de la IPA. Para mi gusto esta opción es tan precisa como lo sea la precisión con que se estipulen las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia analítica. Es una cuestión de definiciones y a mí me resulta difícil trazar la línea demarcatoria. Porque si las diferencias se reducen sólo a cuántas sesiones a la semana y con quién, no es un criterio nada científico. Ya Sandler ironizaba sobre la posibilidad de que Kernberg hubiera tenido que bautizar su método como psicoterapia expresiva porque el *establishment* neoyorquino no hubiera aceptado llamar psicoanálisis a algo de menos de cuatro sesiones por semana.

Si psicoanálisis y terapia analítica fueran cosas diferentes claro que sí, pero no quiero abundar ahora sobre ese debate, sólo aclararé que para mí no lo son. Y estamos en las mismas o parecidas si nos referimos al caso de las terapias psicoanalíticas llamadas breves, las que como dicen Garske y Molteni (1988) dan la impresión de tener un nombre equivocado. Tomaré el caso de las que conozco, del tipo Malan, Sifneos, Luborsky o Davanloo. Si la problemática de un paciente ya tiene bastante con una terapia psicoanalítica breve, para qué hacer psicoanálisis. Pero también al revés; ¿para qué llamar «breve» a un tratamiento que en todo lo demás es tan similar a alguna de las concepciones del psicoanálisis, que son varias insisto, aunque los que defienden la variante «breve» necesiten creer que sólo la suya es la verdadera?. En realidad, «breve» sólo significa estipular previamente un número de sesiones; y habría que ver si esta opción conlleva tanta diferencia respecto de la indeterminación del psicoanálisis. ¿O psicoanálisis es sinónimo de largo o de indefinido? Quizás sí, o quizás no, pero esta cuestión debe resolverse por medios científicos, cosa que dudo que sea lo que se esté haciendo. De lo contrario, estamos igual que cuando Eissler (1953)² proponía su ideal del *standard model technique*, cuyo paciente ideal era el neurótico de transferencia, aunque él mismo reconocía que jamás paciente alguno había sido psicoanalizado según cánones tan ideales. ¿No

estábamos de acuerdo que el caso por caso debía predominar sobre el modelo del tratamiento ideal?

Respecto de la sistémica y la hipnosis ericksoniana, que son las alternativas que he presentado hoy, debo aclarar que su relación con el psicoanálisis es diferente. Psicoanálisis y sistémica son dos árboles distintos y, aunque sus ramas puedan relacionarse por contigüidad dando lugar a que una enredadera imaginativa pueda entretejer una figura elegante, no dejan de ser dos árboles distintos.

Con la hipnosis es distinto. Freud inventó el psicoanálisis contra una hipnosis moralizante, represora y empeñada en prohibir el síntoma. Pasó el tiempo y la hipnosis clínica fue refundada por Milton Erickson desde una posición tan éticamente respetuosa con el conflicto psíquico como la posición freudiana. Son otras maneras de hacer que el oso se encuentre con la ballena, de provocar el conflicto en condiciones adecuadas para que se pueda resolver, mediante la confianza en la capacidad del inconsciente para encontrar otras soluciones mejores que la sintomática. En algún otro trabajo he dicho que si el padre del psicoanálisis es la razón ilustrada su madre es la bruja hipnótica. Y ya es hora de que el hijo se reconcilie con su madre; ésta ya le ha dado el ejemplo de saber recapacitar.

Otra cuestión se refiere a los objetivos. Suele afirmarse que las técnicas psicoterapéuticas apuntan sólo a la remoción del síntoma y en cambio el psicoanálisis pretende un cambio estructural tan profundo que lo haga innecesario. Afirmar esto es desmerecer el concepto de síntoma, como si más o menos cualquier síntoma pudiera expresar una estructura. El síntoma revela la manera en que una estructura resuelve un conflicto, expresa el *cómo* lo puede resolver, lo que a mi juicio es igual o incluso más importante que el *qué* del conflicto. Es verdad que un ejercicio puede hacer desaparecer un síntoma y que al poco tiempo aparezca otro, pero estas son etapas de un proceso que supongo pueden darse en todas las terapias y configuran seguramente una valiosa oportunidad para la elaboración psíquica.

Había dejado pendiente otro comentario más sobre las psicoterapias. Una investigación realizada por Lambert en 1986 (Poch y Ávila Espada, 1998, p. 54) cuantificando el peso de los factores comunes y específicos de las mismas arrojó un 40% de tendencias espontáneas a la remisión, un 15% de efecto placebo, un 30% de factores comunes a todas las terapias y sólo un 15% a la especificidad de cada método psicoterapéutico. Esta investigación será todo lo criticable que ustedes quieran pero sus

resultados no dejan de ser sugerentes, ¿verdad? De ser ciertos, resultaría que tanta disputa de escuela sólo pretende repartirse ese 15% final, dejando por cierto el campo abierto a interpretar el 30% de factores comunes y el 40 de espontáneas como cada uno quiera. Curioso.

Muchos han afirmado, la última vez Roudinesco (1999) en su último libro, que el psicoanálisis no busca la curación sino la transformación subjetiva (cambio estructural, en versión IPA). Búsquese lo que se busque, transformación o remoción sintomática, siempre estamos hablando de métodos para cambiar un estado de cosas. Entonces, lo primero es pedirle al método que funcione, que sepa cómo lo hace, y que si no funciona nos brinde datos de cómo no ha funcionado. Saber que algo funciona o no es disponer de una secuencia lógica correcta, es decir que excluya cualquier interpretación más que ella misma. Ningún método terapéutico cumple totalmente esta exigencia, ya lo sabíamos todos sin Lambert; todos los casos permiten varias interpretaciones. Los analistas tenemos teorías muy sofisticadas, pero no siempre sabemos las causas del cambio en nuestros pacientes. Bueno, no hace falta ponerse tan extremistas pero una de dos: o mientras no sea capaz de algo así no se le debe ningún respeto especial a ninguna teoría, aunque ideológica o intuitivamente nos parezca muy correcta; o nos dedicamos a hacer tratamientos a medida, tirando de todo lo que sepamos sobre métodos para mejorar nuestra imaginación clínica. De aquí que prefiera las controversias entre los ejemplos y sus definiciones antes que la guerra de los principios.

VIII

Antes de terminar quisiera expresar cuál es el inconveniente, cuál es el riesgo en el que yo he incurrido desde que comencé a incluir estos ejercicios en los tratamientos. Lo llamaré «furor docente» que, en realidad, es una versión atenuada del ya conocido *furor curandis*. Al principio fui víctima ineludible de ese furor docente. Si yo sabía cómo se podía aliviar un dolor, una cefalea, o un atroz sentimiento de pérdida, que estaban bloqueando la asociación y que con un ejercicio que se enseñaba en un cuarto de hora tal vez pudiera aliviarse y reabrir el curso asociativo... Después aprendí otra vez a contener mi impaciencia y transformarla en una mejor afinación del oído para los motivos (psicoanalíticamente muy entendibles) de aquel paciente que necesitaba conservar ese malestar. Hasta que recuperé el buen sentido,

confieso que durante un tiempo me comporté como un novato con pretensiones de arreglalo todo, como ni siquiera lo había hecho cuando comencé como analista, por lo que le agradezco mi rescate al viejo psicoanálisis de siempre.

Sin más, muchas gracias.



Guillermo Mattioli

P. de Sant Gervasi 8, entl. 1^a
08022 Barcelona

Notas

1. Conferencia dada en Logos Clínica Psicoanalítica el 31 de mayo del 2000. Agradezco a todos los que participaron en el debate, muchas de cuyas aportaciones me han servido para corregir este texto.
2. La disputa entre Eissler y Löwenstein sobre este tema puede encontrarse en Thomä y Kächele (1989).

Bibliografía

- ETCHEGOYEN, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- EISSLER, K. (1953). «The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique». *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, p. 104-143.
- GARSKÉ, J. P.; MOLTENI, A. (1988). «La Psicoterapia psicodinámica breve: un enfoque integrador.» En: Linn y Garske. (1988). *Psicoterapias Contemporáneas*. Bilbao: DDB.
- GRÜNBAUM, A. (1985). *The Foundations of Psychoanalysis, a philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.
- LACAN, J. (1973). «Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse». En: *Le Séminaire*, Livre XI. Paris: Seuil.
- POCH, J.; AVILA ESPADA, A. (1998). *Investigación en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- ROUDINESCO, E. (1999). *Pourquoi la Psychanalyse?* Paris: Fayard.
- SANDLER, J. (1996). *What do Psychoanalysts Want?* London: Routledge & Institute of Psychoanalysis.
- SOLER, C. (1989). *¿Qué Psicoanálisis?* Buenos Aires: EOL. 1994.
- THOMÄ, H.; KÄCHELE, H. (1989). *Teoría y Práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.