

# TEMAS DE PSICOANÁLISIS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOANÁLISIS

Vol. VI (2001)

# LAS MOTIVACIONES DEL PACIENTE Y DEL ANALISTA PARA PASAR DE UNA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA A UN PSICOANÁLISIS<sup>1</sup>

*Joan Coderch<sup>2</sup>*

## **Planteamiento del problema**

Hasta hace no muchos años la posibilidad de que un analista iniciara un psicoanálisis con un paciente que estaba tratando con psicoterapia psicoanalítica (p.p.) era algo totalmente proscrito. Se juzgaba que el tipo de relación que se había creado no era, de ninguna de las maneras, adecuado para llevar a cabo un proceso psicoanalítico, y que esto era algo definitivo. En el caso de que ambos considerasen oportuno un tratamiento psicoanalítico, era totalmente obligado remitir el paciente a otro analista.

Hoy en día la situación ha cambiado totalmente. No únicamente existe un gran número de analistas que no ve ningún inconveniente en esta transición, sino que muchos tratamientos de p.p. comienzan ya, de entrada, con la expectativa de que, más pronto o más tarde, se transformarán en un análisis. Este hecho se da, de manera especialmente frecuente, con los candidatos de los Institutos de psicoanálisis. Esto obedece a que muchos candidatos comienzan un tratamiento de p.p. con pacientes para los cuales se halla más indicado un análisis, a causa de que ellos no están todavía autorizados, por el respectivo

---

<sup>1</sup> Trabajo publicado en la *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XVII, nº 1-2.

<sup>2</sup> Balmes, 317. 08006. Barcelona. España

Instituto, para la práctica del análisis. En el momento en que son autorizados desean vivamente convertir esta p.p. en un análisis, debido a que las exigencias de su formación les obligan a llevar a término un número determinado de análisis bajo supervisión, y todos sabemos que, en el momento actual, es difícil encontrar pacientes dispuestos al esfuerzo que ello comporta. Esto da lugar a que, en muchas ocasiones, también intentan transformar en análisis la p.p. de pacientes que, en un principio, no se habían mostrado inclinados a este tratamiento ni parecen idóneos para ello. Pero, además, también muchos analistas ya formados, dada la carestía de pacientes que demanden análisis, intentan convertir en análisis algunas de las p.p. que tienen en curso. Estas modificaciones en nuestra práctica profesional no se han visto, hasta el momento, apoyadas por algún cambio en la teoría ni en la teoría de la técnica, sino que se han producido de manera espontánea y sin aparente reflexión previa, por lo que pienso que es útil y necesario plantear algunas cuestiones sobre este asunto.

Pero al tratar de meditar sobre los motivos que pueden conducir al paciente y al analista a pasar de una p.p. a un análisis nos encontramos con un duro escollo: el de la diferenciación entre p.p. y psicoanálisis. Es evidente que, si no queda clara la distinción entre una y otra modalidad de tratamiento, tampoco puede estudiarse con profundidad nada de lo que concierne a la problemática presentado por el paso de una a la otra. Por tanto, hemos de afrontar no un problema, sino dos, y pienso que debemos considerar, en primer lugar, la diferencia entre uno y otro estilo de tratamiento, antes de intentar examinar los motivos que inducen a substituir el uno por el otro y las complejidades que ello comporta.

Quiero aclarar que en éste trabajo, al hablar de p.p. me refiero siempre a una psicoterapia conducida de acuerdo con los conceptos e hipótesis de trabajo propios del psicoanálisis (Coderch, J., 1987).

### **Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Diferencias y semejanzas**

Por lo dicho en el anterior apartado, antes de hablar de las circunstancias y motivaciones que pueden llevar a pasar de una p.p. a un psicoanálisis, así como de las dificultades y problemas que tal hecho supone, es necesario referirnos a las diferencias y semejanzas entre una y otra práctica terapéutica. Infortunadamente, ésta es una cuestión extremadamente difícil, sobre la que se ha hablado y escrito largamente y sobre la que se han expresado opiniones muy diversas y contradictorias sin que se haya llegado a ningún acuerdo. En principio, una unanimidad de criterios parece imposible, puesto que los auto-

res que se ocupan de este asunto no sostienen los mismos puntos de vista acerca de lo que ha de entenderse por p.p. (ni tampoco acerca de qué es el psicoanálisis, aunque dejaré esto último de lado en este trabajo), lo cual hace que, inevitablemente, se produzcan fuertes discrepancias a la hora de establecer diferencias y semejanzas. Dado que la literatura psicoanalítica sobre este tema es muy abundante no me propongo, de ninguna manera, realizar en este trabajo una síntesis erudita de la misma, sino que, con algunas excepciones, me limitaré a exponer mis personales puntos de vista.

Sin embargo, para aclarar y resumir un poco el estado de la situación quiero decir que sobre la cuestión que nos ocupa pueden distinguirse tres distintas posiciones:

- a) la de los que discriminan, en la teoría y en la práctica, la p.p. del psicoanálisis, siendo éste el grupo en el cual yo me incluyo;
- b) el de quienes no ven más diferencia, tanto en la teoría como en la práctica, que el número de sesiones por semana, y
- c) el de los que dicen o escriben, como un *lip service*, que existen distinciones, pero que no las concretan ni en la teoría ni las llevan a término en la práctica.

Ahora bien, para que exista una diferencia entre p.p. y análisis en la práctica clínica es menester que el terapeuta quiera tener en cuenta esta distinción. Esto parece obvio, pero a la hora de la verdad no lo es tanto y su olvido conduce a grandes confusiones. Si el analista que ve a un paciente una o dos veces por semana quiere establecer con él o ella la misma relación y la misma línea de intervenciones que con los pacientes que recibe tres o más sesiones por semana, entonces tiene razón si dice que la única diferencia entre p.p. y análisis es el número de sesiones. Quienes opinan de este modo tienen todo el derecho a hacerlo. Pero yo pienso que en este caso, para ser coherentes, deberían escoger uno de los dos nombres y hablar únicamente de p.p. o de psicoanálisis, puesto que no es menester emplear dos nombres para designar la misma cosa. Yo no niego que puede ayudarse mucho a un paciente al que se atiende una o dos veces por semana y con el que se utiliza un abordaje totalmente analítico, pero no es preciso, a mi parecer, utilizar dos nombres distintos, p.p. y psicoanálisis, por un lado, y decir que es lo mismo, por otro. Si acaso, deberíamos hablar de análisis en sentido estricto, y de análisis aplicado, por otro. En parte, digo esto basado en mi experiencia como supervisor de psicoterapeutas formados en centro de enseñanza de p.p., en los que han tenido a psicoanalistas como profesores y supervisores, y a los que parece que se les ha instruido para practicar una terapéutica de orientación psicoanalítica de una o dos sesiones

semanales con una mezcla técnica de p.p. y análisis. En estos casos, siempre he tenido la sensación de que, en general, estos psicoterapeutas han aprendido los aspectos más formales y reglamentarios de la técnica psicoanalítica, el caparazón vacío sin la almendra, y que están convencidos de que la diferencia entre análisis y p.p. radica tan sólo en el número de sesiones por semana. Naturalmente, también puede ocurrir que el analista reciba a un paciente cuatro o cinco sesiones por semana y que la relación que se establezca sea la propia de una psicoterapia de apoyo o directriz, ni tan sólo la de una p.p. Pero esto no borra las diferencias entre análisis y p.p., sino que las confirma.

Ambas formas de tratamiento comparten los mismos principios básicos de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, los objetivos no son los mismos. El tema de los objetivos del análisis es tan complejo y sobre él se ha escrito tanto que J. Sandler y U. Dreher le han dedicado todo un libro (1996), sin que al final se decidan a ofrecer ninguna conclusión definitiva. Más bien, aparte de una documentada revisión histórica, se dedican a señalar las dificultades y límites con las que se encuentra todo intento de este tipo. Pero yo creo, desde un punto de vista pragmático, que la mayoría de nosotros estamos de acuerdo en considerar que el tratamiento psicoanalítico se esfuerza por reestructurar la mente del paciente en el grado más elevado posible, así como por promover el crecimiento psíquico y la adquisición de la máxima salud mental del analizado a través de la comprensión de la dialéctica transferencia – contratransferencia, la interpretación y el insight. Las discusiones comienzan cuando pretendemos precisar qué es lo que entendemos por reestructuración, crecimiento psíquico, salud mental, etc. Pero esto es otro punto que ya ha sido examinado profundamente en el libro de Sandler y Dreher.

Algo fundamental a tener en cuenta es que el incremento de la salud y desarrollo mental que procura conseguir el psicoanálisis lo intenta sin plantearse resolver ningún problema o dificultad en concreto sino, simplemente, esperando que el crecimiento y un mayor vigor de la mente del analizado le llevarán a poder afrontar con mejores posibilidades de éxito las dificultades y problemas que se le presenten en su existencia. Ahora bien, creo que, más que pretender precisar "qué cosa es el psicoanálisis" como terapéutica, nos puede ser útil tener en cuenta aquello que es psicoanalítico en el curso del tratamiento, es decir, co-pensar con el paciente; sumergirnos en una actividad psíquica compartida con el paciente, mediante la cual podamos descubrir la dialéctica transferencia – contratransferencia; empatizar con el inconsciente del paciente; detectar las resistencias del paciente y de nosotros mismos en el curso de la actividad asociativa, etc. (Widlocher, D., 1998).

Así pues, las dos disciplinas, p.p. y psicoanálisis, comparten principios teóricos y bases conceptuales en cuanto a la terapéutica, pero difieren en la

práctica clínica de ésta. Una diferencia descansa en la naturaleza de las metas. En la p.p. éstas son más limitadas, dirigidas a la desaparición de los síntomas, la resolución o superación de los conflictos que atenazan al paciente en su vida cotidiana, la comprensión de las fantasías inconscientes y de los mecanismos de defensa que alimentan y convierten en crónicos los problemas con los que se debate, etc. Kernberg, en un trabajo reciente (1999) dice: "...los objetivos del psicoanálisis son un cambio estructural básico y la integración de los conflictos inconscientes, reprimidos o disociados, en el yo consciente. En la psicoterapia expresiva o psicoanalítica el objetivo es una reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de un cambio sintomático significativo" (p.1078; la traducción es mía). Creo, por tanto, que mi pensamiento coincide, en gran manera, con el de Kernberg.

En mi opinión, otra forma de enfocar esta cuestión es la de considerar que el análisis se dirige a incidir, de una manera beneficiosa para la vida del paciente, en los conflictos intrapsíquicos primarios –dejo ahora de lado la distinción entre conflicto y defecto (Adroer, S., Coderch, J., 1991)- mientras que la p.p. se ocupa de las perturbaciones provocadas en la vida real del paciente por estos conflictos primarios. Creo que es conveniente decir algo más sobre esto último.

Aun cuando desde distintos puntos de vista, todas las escuelas psicoanalíticas están de acuerdo en que en el curso de su desarrollo, durante los primeros tiempos de vida, los bebés y los niños viven experiencias que perturban el crecimiento y estructuración de su mente y dan lugar a lo que conocemos como patología psíquica. La mayor o menor importancia otorgada a los factores externos y a los internos en el origen de estas experiencias depende de las directrices teóricas de cada escuela y es algo que no voy ahora a discutir. Estas experiencias patógenas insertas en la estructura mental del sujeto, juntamente con las ansiedades y defensas correspondientes constituyen lo que yo denomino conflictos intrapsíquicos primarios. Estos conflictos primarios dan lugar a discordancias y alteraciones del funcionamiento psíquico que provocan sufrimiento mental y síntomas tales como ansiedad, inhibiciones, fobias, trastornos de la sexualidad, distorsiones del criterio de realidad, depresión, deficiente utilización de las propias capacidades, etc. Transferencialmente, estos conflictos primarios son vividos en la relación con el analista –sin que al decir esto deje de tener en cuenta la realidad del analista en la configuración de la transferencia- y éste procura ayudar al paciente a resolverlos mediante la interpretación y el consecuente insight, con lo cual espera lograr una reestructuración de la mente del paciente. Por esto suele decirse que un análisis exitoso ha de conseguir una modificación de la estructura mental del analizado.

Pero ocurre que, en ausencia de una terapéutica analítica, las alteracio-

nes, a las que ya me he referido, provocadas por los conflictos intrapsíquicos primarios dan lugar, a su vez, a dificultades y perturbaciones en la realidad de la vida cotidiana del sujeto que las padece, a las que yo denomino conflictos secundarios (Coderch, J., 1987). Y estos conflictos secundarios suelen ser, precisamente, la causa que empuja a los futuros pacientes a buscar ayuda psicológica. Se trata, fundamentalmente, de problemas en las relaciones con los otros, tales como la familia, la escuela, el trabajo, la pareja, etc.; sentimientos de desorientación global y de falta de sentido de la vida; insatisfacción en todas las actividades; descontento y desacuerdo con uno mismo, problemas de pareja y generacionales, etc. En general, podemos decir que, cuanto más acentúa el sujeto la necesidad de ser ayudado para resolver o superar un problema concreto con relación a la realidad exterior, más indicada se halla la p.p., mientras que si tal solicitud se basa en la insatisfacción con la propia personalidad y en el deseo de obtener un cambio psíquico, la indicación de análisis toma mayor relevancia.

Un problema que se ha discutido mucho, y que se halla vinculado a la cuestión de la diferenciación o semejanza entre ambos clases de tratamiento, es el de si la p.p. puede dar lugar a modificaciones estructurales, o si estas únicamente pueden obtenerse mediante el análisis. Según mi conocimiento y mi experiencia ello sí es posible, aunque quiero recordar que al hablar de modificaciones estructurales, tanto en una como en otra forma de tratamiento, siempre hemos de hacerlo con una gran prudencia, distinguiendo entre estructuras primarias y estructuras secundarias, ya que considero que son éstas últimas las que pueden ser afectadas y modificadas por el impacto terapéutico (Coderch, J., 2001).

Antes he dicho que en el análisis intentamos conseguir una reestructuración tan profunda como nos es posible de la mente del paciente, esperando que ello le permitirá encarar mejor los problemas concretos de su vida. Pues bien, creo que ahora podemos invertir la frase y manifestar que esperamos, también, que la desaparición o suavización de los conflictos secundarios, que acabo de mencionar, repercutirá en la totalidad del funcionamiento psíquico del paciente y favorecerá una reorganización de su mente. No es extraño pensar que un grado más elevado en la satisfacción de las necesidades del paciente, una mejoría en la relación con los otros, la resolución de determinadas situaciones conflictivas externas, un incremento de la autoestima, etc., puedan incidir, de alguna manera, en los conflictos intrapsíquicos primarios. Creo que sucede algo similar a lo que acontece cuando tenemos una hilera de fichas de domino puestas en pie: si derribamos la pieza de un extremo cae toda la hilera, pero lo mismo ocurre si derribamos la del otro extremo. Algunos estudios, como los de la fundación Menninger, avalan la idea de que también la p.p.

puede dar lugar a modificaciones estructurales (Wallerstein, R., 1975). Ahora bien, sí creo, de acuerdo con mi experiencia, que las probabilidades de que se produzca este cambio estructural, así como la profundidad del mismo, no son iguales en las dos modalidades de tratamiento. Me parece evidente que las probabilidades de que se origine tal modificación son mucho mayores con un análisis que con una p.p., tanto por la metodología empleada como por el tiempo de que se dispone.

Podemos decir, por tanto, que el psicoanalista es un investigador que recorre incansablemente la mente del paciente, siempre acompañado por éste, descubriendo nuevas zonas e ignotos elementos que permanecían enmascarados o en estado de latencia. El psicoterapeuta –analista o no, en tanto que ejerce como psicoterapeuta- es un experto en problemas de la vida, el cual ayuda al paciente -no con consejos o directrices, sino ofreciéndole insight de su funcionamiento mental- a entender mejor cómo él mismo se embarulla y enreda en sus dificultades, y con ello le ofrece la posibilidad de resolverlas.

Yo pienso que en la p.p., en contraste con el análisis, en el cual el examen de la transferencia es central en las intervenciones del analista, las interpretaciones transferenciales no han de ocupar un lugar predominante. Creo que Kernberg es de la misma opinión cuando dice, en el trabajo citado anteriormente: "Por lo que respecta a los propósitos prácticos, la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí y ahora son los principales aspectos de la técnica interpretativa empleada en la psicoterapia psicoanalítica, con un claro predominio de la clarificación y la confrontación"(pp. 1080-1081; la traducción es mía). A mi entender, en la p.p. son más importantes las interpretaciones extratransferenciales (Coderch, J., 1995), en las que se muestra al paciente la manera como su mundo interno se exterioriza y reproduce en sus relaciones con las personas y situaciones propias de su vida cotidiana. Por tanto, son de gran importancia en la p.p. las interpretaciones de las fantasías inconscientes y mecanismos de defensa que se hallan en la base de las dificultades que le han llevado a solicitar ayuda.

Existe un tipo de interpretación, que yo denomino de "transferencia interna", que creo que se encuentra indicada igualmente en ambas modalidades de terapéutica. Se trata, en estas interpretaciones, de poner de manifiesto las relaciones que sostienen entre ellos los diversos elementos de la mente del paciente: el self con los objetos internos; los objetos entre sí; diferentes aspectos del self entre ellos; el entramado de pulsiones complementarias o divergentes, etc.

En la p.p., según yo la entiendo, la atención no es totalmente flotante, al estilo de lo que se considera conveniente en el análisis, sino que el terapeuta

ayuda al paciente a seleccionar áreas de exploración, manteniendo la transferencia de éste, su situación en la realidad y los objetivos del tratamiento bajo un constante escrutinio. A mi juicio, la p.p. es psicoanálisis aplicado, en tanto que utiliza los conocimientos teóricos y clínicos del psicoanálisis para lograr una disminución del sufrimiento psíquico y una mejor adaptación a la realidad en determinadas circunstancias de la vida del paciente. Y así como antes he hablado de aquello que es psicoanalítico, podemos decir que las intervenciones que he citado como más propias de la p.p., juntamente con la actitud correspondiente del terapeuta, son aquello que es psicoterapéutico. Dice Widlocher respecto a estos dos tipos de intervenciones: "así como la intervención de efecto psicoanalítico presupone una actividad asociativa que inviste los contenidos del pensamiento en relación con los juegos conflictivos y los fantasmas inconscientes, la intervención de efecto psicoterapéutico presupone una actividad narrativa que inviste los elementos de la realidad en una situación exterior impersonal. La diferencia se refiere, en definitiva, a la naturaleza del contexto activado, en un caso un contexto asociativo en relación con la actividad psíquica, en el otro el contexto asociativo en relación con la realidad material" (p.14, la traducción es mía). De acuerdo con esta idea, que a mí me parece excelente, podemos definir un tratamiento como psicoanalítico, o como una p.p. según la presencia predominante de aquello que es psicoanalítico o de aquello que es psicoterapéutico.

Lo que acabo de decir en el último párrafo nos lleva, como de la mano, a volver a hablar de la cuestión del setting externo en lo que concierne al número de sesiones semanales. Como todos sabemos, durante mucho tiempo se ha intentado establecer la distinción entre p.p. y análisis sobre la base del número de sesiones, y se ha insistido que, para ser considerado un análisis, el tratamiento ha de tener un mínimo de cuatro sesiones (ahora muchas Sociedades admiten tres) y que todo lo que no llegue a esto queda incluido dentro de la p.p., aun cuando sea llevado a término por un analista. Yo me siento totalmente contrario a esta distinción fundamentada en el número de sesiones, y juzgo que este criterio es el causante, en gran parte, del actual embrollo sobre este asunto. Creo que el origen de esta desacertada diferenciación es debido a la confusión entre desarrollo de la transferencia y regresión, por un lado, y entre setting externo y setting interno, por otro. Creo necesario reflexionar un poco sobre esto, a fin de precisar mejor nuestras ideas.

Hemos de distinguir entre el desenvolvimiento de la transferencia y la regresión, en lugar de confundir una con otra, como ocurre tan frecuentemente. La transferencia es un fenómeno universal, no exclusivo del análisis. Lo que sucede es que la metodología psicoanalítica favorece el desarrollo de la transferencia centrada en la persona del analista, lo cual no sólo es útil, sino impres-

cindible para analizar la mente del paciente. La regresión, en cambio, es un fenómeno secundario de la metodología psicoanalítica, tal vez inevitable pero indeseable y perjudicial si alcanza ciertos límites. Lo que precisa el analista para su trabajo es un analizado con un yo lo más fuerte y evolucionado posible, para la mutua colaboración y para el insight y asimilación de las experiencias vividas en la relación terapéutica. Esta es la actitud, por parte del paciente, que podemos calificar como de dependencia progresiva, es decir, una dependencia dirigida a obtener del analista aquello que es menester para crecer y alcanzar la independencia. Lo que menos conviene al analista es un paciente infantilizado y con una dependencia regresiva; es decir, un paciente que se muestra como un bebé que lo exige y espera todo del analista, y que confía que el alivio a sus sufrimientos vendrá de éste, sin que él mismo sepa de qué manera y sin que tenga que participar de alguna modo en el proceso. La frecuencia "analítica" de las sesiones es, por tanto, un arma de doble filo, ya que si por una parte favorece un amplio desarrollo de la transferencia y su subsiguiente análisis, por otro propicia una peligrosa y perturbadora regresión. Por esto, algunas comunidades psicoanalíticas, como es el caso de la escuela francesa, prefieren una frecuencia de sólo tres sesiones semanales, lo cual, piensan, permite una mayor autonomía del analizado al no someterlo a la persistente y asfixiante presencia del analista.

La frecuencia significativa de las sesiones semanales facilita, sin lugar a dudas, la emergencia y desenvolvimiento del proceso analítico fundamentado en la creación de un espacio potencial en donde se despliega la dialéctica de transferencia – contratransferencia, pero ¡atención!, la frecuencia intensa no es el proceso psicoanalítico. Facilitar el proceso no es originarlo de manera fatal e inexorable. Para que el proceso se ponga en marcha son necesarias determinadas idoneidades del analizado, del analista y de la relación que se establece entre ellos, y estas idoneidades pueden o no hallarse presentes sea cual sea el número de sesiones.

Aun cuando me aparte ligeramente del tema específico de este trabajo, quiero señalar que, para mí, transferencia y contratransferencia no son dos entidades que pertenezcan la una al analizado y la otra al analista –por mucho que admitamos que se influyen mutuamente o que cada una de ellas se haya originado como respuesta a la otra- sino que son una misma entidad transferencia – contratransferencia, la cual es una construcción intersubjetiva inconsciente generada por la pareja analítica, pese a que cada uno de los dos protagonistas la vive individualmente de acuerdo con su personalidad (Ogden, T., 1994, 1999).

Por lo que respecta a la p.p., la metodología que ya he mencionado y el menor número de sesiones, a menudo con un tiempo de duración limitado, no

predisponen de la misma manera al desarrollo intenso de la entidad transferencia – contratransferencia, a la vez que también es menor el riesgo de regresión profunda. Pero aquí podemos decir, dando la vuelta a lo expresado antes, que una menor facilitación de la dialéctica transferencia – contratransferencia no significa que ésta no pueda llegar a edificarse de una forma firme y vigorosa, llegándose a poner en marcha un verdadero proceso analítico aunque sea con sólo dos sesiones semanales. Se trata, como antes he dicho al hablar de las posibilidades de obtener una modificación estructural, de una cuestión de probabilidades, no de un hecho inexcusable. El proceso psicoanalítico puede ponerse en marcha con cualquier número de sesiones, de acuerdo con la capacidad y disponibilidad de la pareja analítica, aunque es más probable que ello suceda con un número significativo de sesiones semanales. Querer diferenciar entre análisis y p.p. según el número de sesiones me parece reducir la esencia del proceso analítico a una cuestión cuantitativa y administrativa que ha creado confusión y que pienso que, incluso, ha desvalorizado el análisis.

No olvido la objeción que puede hacerse a lo que acabo de decir en el sentido de que, frecuentemente, las intensidades cuantitativas provocan un salto cualitativo como, por ejemplo, sabemos que, cuando el incremento de la temperatura del agua llega a un determinado nivel, ésta se transforma en vapor. Éste argumento se ha empleado, a veces, para justificar la necesidad ineludible de cuatro o cinco sesiones semanales para que tenga lugar el adecuado desarrollo de la transferencia y la contratransferencia. Pero los procesos mentales no son totalmente equivalentes a los procesos físicos, no se rigen por las mismas reglas y, afortunadamente para la humanidad, poseen un grado de adaptabilidad y flexibilidad que los hace mucho más imprevisibles y con un mayor número de posibilidades, por lo que sus características pueden variar de forma sorprendente de acuerdo con el contexto interpersonal y social en el que se encuentran insertos. El argumento de que la cantidad modifica la cualidad, por tanto, es ingenioso y válido hasta cierto punto, pero no tanto como para justificar la necesidad imprescindible de cuatro o cinco sesiones semanales para que se ponga en marcha un proceso psicoanalítico.

### **El acuerdo del paciente y el analista para pasar de una p.p. a un análisis**

Las reflexiones teóricas y prácticas que seguirán a continuación parten de tres fuentes: a) mi propia experiencia en este asunto, como terapeuta y como supervisor; b) trabajos de otros autores, aunque existen pocos, sobre este tema, y c) el sentido común que permite que todo analista que haya practicado la p.p.

pueda prever, gracias a su comprensión de la transferencia y la contratransferencia, muchas cosas que ocurrirán cuando algún terapeuta convierta, o intente convertir, un tratamiento de p.p. en un análisis.

Creo que con lo expuesto hasta el momento he dejado suficientemente claro a los lectores que, para mí, transformar un tratamiento de p.p. en un análisis no quiere decir incrementar el número de sesiones, cosa con la que tan fácilmente se confunde, sino pasar del predominio, que no de la exclusividad, de un tipo de relación y de intervenciones a otro, del predominio de aquello que es psicoterapéutico al predominio de aquello que es psicoanalítico. Tan sólo en el caso de una p.p. en la que se haya establecido un verdadero proceso psicoanalítico a pesar de un setting de dos sesiones semanales –sería excepcional que ello se produjera con una sesión semanal- podemos pensar que el cambio consistirá únicamente en el incremento del número de sesiones. Pero en este caso, si ya existe un predominio de aquello que es psicoanalítico, decir que la p.p. se ha transformado en un análisis es una cuestión puramente formal y semántica. Lo que sí es una realidad, en tal circunstancia, es que se ha modificado el setting externo para hacerlo más idóneo para la práctica del análisis.

El hecho que acabo de comentar no es infrecuente, y yo poseo experiencia de ello. Creo que hemos de distinguir en este punto dos distintas eventualidades. Una es aquella en la que, por las razones que sean, no ha sido posible instaurar más de dos sesiones por semana, pero, pese a ello, el analista ha establecido desde el principio, con su estilo de relación y sus intervenciones, un clima totalmente analítico, a la vez que el paciente ha respondido desempeñando la parte que le corresponde. Como sea, ha llegado un momento en el que, tal vez por un cambio en las circunstancias de la vida del paciente, o quizás por un incremento de su interés, se ha hecho visible la posibilidad de incrementar el número de sesiones, y paciente y analista se han puesto de acuerdo en ello. En estos casos, como puede fácilmente deducirse, la complejidad no es excepcional. En la otra eventualidad, la metodología empleada ha sido la propia de una p.p. en sus inicios, pero progresivamente se ha producido la emergencia de aquello que es analítico. Esto puede haber sido promovido intencionalmente por parte del analista, en vista de la buena respuesta del paciente a las intervenciones con más contenido analítico, o puede haber sido el creciente interés por parte del paciente el que ha arrastrado al terapeuta a acentuar, progresivamente, el énfasis analítico en sus intervenciones. Para entender esto mejor hemos de tener en cuenta, como he visto algunas veces en mi práctica personal o como supervisor, que hay algunos pacientes que, por sus disposiciones naturales, "van por delante" del terapeuta, y éste, en los casos más afortunados, se ha apercibido del hecho y se esfuerza en seguirles. En un momento dado el terapeuta, consciente de la situación, lo comenta con el pa-

ciente y plantea la posibilidad de incrementar el número de sesiones semanales para poder realizar mejor aquello que, en realidad, ya están llevando a cabo. En estas ocasiones las cosas son un poco más complicadas que en el caso precedente, con las diferencias fáciles de deducir, por lo que las consideraciones que seguirán a continuación también han de ser tenidas en cuenta en ellas.

Una situación muy diferente de los dos casos que he descrito en el anterior apartado es la que se plantea cuando se trata de transformar una p.p. en sentido estricto en un análisis. El acuerdo del paciente y el analista para pasar de una p.p. propiamente dicha a un análisis descansa en las motivaciones que uno y otro pueden tener para realizar tal cambio. Estas motivaciones pueden ser sanas y dirigirse a la búsqueda de la realidad psíquica del paciente y a lograr una mayor reorganización de su personalidad, o bien, por el contrario, ir contra el conocimiento de la realidad interna, basarse en la fantasía de una situación idealizada, por parte del paciente, o esconder intereses de tipo externo por parte del analista.

Las opiniones y comentarios que estamos acostumbrados a escuchar y leer producen la impresión de que la perspectiva que se suele tener sobre este asunto sigue la mayor parte de las veces, erróneamente a mi entender, la pauta del "modelo médico". Es decir, ante un determinado paciente, después de haber iniciado una p.p., el analista cree que lo más conveniente sería pasar a un análisis y sugiere al paciente este cambio, de la misma manera que un médico indica la substitución de una medicación por otra que piensa será más efectiva. Y, a partir de este momento, parece que todo depende de que el paciente acepte la indicación o que sus "resistencias" se lo impidan, en cuyo caso el analista suele dedicarse a interpretar estas resistencias con el fin de conseguir la aceptación por parte del paciente. Pero yo creo que las cosas no se han de llevar, ni de lejos, de esta manera. Debemos tener en cuenta que un médico que recomienda un determinado medicamento, en lugar de otro, recomienda algo que es objetivo y externo a él, aun cuando debo advertir que en este momento, para simplificar, prescindo de todos los aspectos psicológicos de la práctica médica. Pero el analista, en este caso, aconseja emprender un proceso, el análisis, del cual él o ella formará parte intrínseca y que resonará en todos los niveles de su propia personalidad. El analista está, desde el primer momento, incluido en el campo de interacción que observa e intenta modificar. Transformar una p.p. en un análisis no es un hecho objetivo indiferente para el/la analista, sino que ello provocará repercusiones en toda su personalidad, desde las emocionales hasta las económicas, pasando por las motivaciones de mejorar el currículum, tanto en el caso de los candidatos que precisan un número de casos de análisis para su graduación, como en de los analistas ya formados que

aspiran a una promoción de su estatus dentro de sus respectivas Sociedades. No entro ahora en los aspectos propiamente institucionales de estas motivaciones, ya que ocuparme de la política educativa de las Sociedades e Institutos psicoanalíticos no forma parte de este trabajo.

Creo firmemente que antes de que un analista aconseje a un paciente pasar de una p.p. a un análisis es imprescindible que examine cuidadosamente cuáles son sus razones personales, de tipo consciente, para realizar tal indicación, y que procure investigar, lo más a fondo que le sea posible, cuáles pueden ser las motivaciones inconsciente que le inducen a ello. Entre unas y otras podemos considerar: el deseo de ser "más analista" por el hecho de practicar análisis en lugar de p.p.; la necesidad de responder a las críticas del paciente o a las suyas propias con relación a estar obteniendo pobres o nulos resultados con el tratamiento psicoterapéutico; intentar demostrar y demostrarse a sí mismo que es capaz de hacer aquello que, posiblemente en su contexto, es considerado como "lo mejor"; la dificultad de tolerar la situación cara a cara con un determinado paciente -cuando está empleando esta modalidad- tal vez debiendo afrontar demandas muy concretas en cuanto a la relación exigida por parte del paciente, quizás soportando duras recriminaciones, tal vez perturbado por una transferencia muy erotizada, etc., Frente a todo ello el diván puede representar una huida salvadora, ya que en la posición del analista sentado detrás del diván los silencios son más tolerables y las quejas y reivindicaciones son más fácilmente interpretables como resistencias o transferencia negativa. Siguiendo con posibles razones para proponer el cambio: sentimientos de que la p.p. es poca cosa y que no satisface la autoestima y la deseada imagen profesional; impulso a conocer más la mente de un paciente que parece interesante; necesidad de acumular material analítico para trabajos y conferencias, etc. Todas esas razones pueden ser particularmente incisivas y engañosas en estos tiempos de gran escasez de pacientes que acepten, de entrada, un análisis. Esto que acabo de decir nos ha de llevar a recordar que todas las complejidades y dificultades a las que pueda referirme sobre este asunto adquieren más relieve cuanto mayor sea el número de sesiones que proponga el analista. No es lo mismo tres sesiones que cuatro o que cinco.

Por lo que respecta a las motivaciones del analista, Bassen (1989), en un trabajo en el que presenta material clínico de tres casos de p.p. en los que indicó al paciente pasar a un análisis, afirma que los datos de estos casos sugieren que esta indicación, en términos generales, debió ser, probablemente, multideterminada. Esta autora piensa que su indicación, en los tres casos que examina, fue el resultado de tres elementos: la indicación objetiva del análisis; los intentos, por parte del paciente, de establecer una relación con la analista

que involucraba la escenificación de temor y deseos inconscientes, y la respuesta, por parte de la analista, a estos intentos; respuesta que surgía, en parte, de sus propios deseos y necesidades.

Yo pienso que la motivación necesaria de un paciente en p.p. para pasar a un análisis depende del grado en el que la p.p. le haya permitido reconocer el origen predominantemente interno de su malestar, le haya llevado a entrever la posibilidad de una mejoría a través de la comprensión de la experiencia vivida en su relación con el terapeuta, y haya despertado en él o ella el impulso a profundizar en la investigación de su vida psíquica.

La desgana y falta de disponibilidad, por parte del paciente, para iniciar un análisis, pueden deberse, esquemáticamente, a las siguientes causas:

- a. Las situaciones externas de su vida, conflictivas y desfavorables, pueden permitir a un paciente alejarse de la introspección y atribuir a ellas todos sus sufrimientos. En este caso, la p.p. puede ayudarle a tomar distancia de los problemas externos y adquirir insight sobre la participación de sus fantasías inconscientes, sus ansiedades y sus mecanismos de defensa en el agravamiento y larga duración de tales situaciones. Esto dará lugar a que su mente deje de estar totalmente ocupada por los conflictos externos, de manera que queden disponibles un espacio y unas energías mentales suficientes para poder percatarse de la naturaleza iterativa de sus dificultades, en diversos momentos de vida, y en la misma relación con el terapeuta.
- b. La ansiedad y sensación de sufrimiento mental pueden ser tan perturbadoras, que el paciente no acierta a pensar en otra cosa que en una ayuda de un tipo directo y con algún matiz de apoyo, como es una psicoterapia cara a cara, en la que la presencia del terapeuta le haga sentir protegido y acompañado frente a su profundo malestar interno. En estos casos, la p.p. puede servir como un tratamiento preparatorio hasta que el paciente adquiera la suficiente capacidad analítica (Levine, H., 1985).
- c. El temor a la dependencia, el miedo a aceptar una necesidad de ayuda tan intensa, significada por el hecho de vincularse a una relación de varias sesiones semanales, y el pánico ante la regresión e infantilización que ello puede comportar, son susceptibles de conducir al paciente a rechazar la proposición de pasar a un análisis. Es evidente que, en estos casos, únicamente el alivio de estas ansiedades y temores puede hacer posible que el paciente reconsidere su primera negativa.
- d. Finalmente, el rechazo a la indicación de pasar a un análisis puede

provenir de las resistencias, en el sentido más tradicional del término, a reconocer los conflictos más profundos, las ansiedades paranoides y depresivas, el empobrecimiento y ruina del mundo mental, la destrucción de los objetos internos, etc. Me parece evidente que estos son los casos en los que más difícilmente el paciente se sentirá motivado para seguir la indicación del analista. En estas ocasiones las resistencias han de ser examinadas y, si es el caso, que no siempre lo es, interpretadas con mucho cuidado y *cum grano salis*, a fin de que el paciente no viva las palabras del terapeuta como un intento de forzarlo a emprender un análisis que él o ella no desea.

Mi criterio es el de que el deseo del paciente de continuar con la p.p. ha de ser en todo momento respetado. La relación ha de continuar siendo la propia de una p.p., y creo que, de ninguna manera, el analista ha de transformar el contexto del tratamiento en un espacio para "analizar" las "resistencias" del paciente para pasar a un análisis. Esta actitud sería, a mi entender, deshonesto, ya que, en tal caso, se habría pasado, de facto, a un análisis en contra de la voluntad del paciente, aunque se continuara con el mismo ritmo de sesiones semanales. Pero, además, pienso que sería un error práctico importante. La insistencia en interpretar las supuestas resistencias ha de comportar, inevitablemente para el paciente, -aquí debo hacer un esfuerzo de imaginación siguiendo mi sentido común, ya que no tengo esta experiencia personal- el repetido mensaje de que aquello que es bueno y necesario es pasar a un análisis, y, por tanto, es posible que el paciente acabe sometiéndose a la indicación y dando una conformidad "transferencial". No es demasiado aventurado pensar que, en un caso así, el analista podrá encontrarse en una situación en la que el analizado sienta que él o ella ya "ha cumplido" con lo que se le pedía: acudir, y pagar, a un número más elevado de sesiones por semana, y que con esto ya puede estar tranquilo y esperar a que el analista se encargue de que se sienta mejor y de que sus problemas se solucionen. Podemos preguntarnos qué hará el analista si el paciente vuelve a lamentarse de que su malestar y de sus dificultades no desaparecen pese a haber obedecido a lo que se le había indicado. ¿Volverá el analista a interpretar que es a causa de las resistencias o la agresividad del paciente?. ¿ Señalará que ello se debe a que el número de sesiones es insuficiente y que debe seguir incrementándose a cinco, seis o siete sesiones por semana?. No quisiera encontrarme en esta situación.

Yo juzgo que lo que debe hacer el analista, cuando cree honestamente que a un paciente que se halla en p.p. le sería más conveniente un análisis, es examinar y robustecer la posibles motivaciones que el paciente pueda tener

para emprender tal cambio, lo cual es muy distinto a insistir tozudamente en la interpretación de las supuestas resistencias. A mí me parece que la mejor manera de motivar, para pasar a un análisis, a un paciente que se halla en p.p. es hacer bien lo que se está haciendo: una p.p. Es decir, llevar a término el tratamiento psicoterapéutico de tal manera que, por un lado, ayude al paciente en sus dificultades, y, por otro, le facilite el camino para percatarse de la importancia de su psiquis en las incidencias y dificultades de su vida y, con ello, despierte su interés para lograr una reorganización de su mente.

Lo que acabo de decir nos lleva a recordar la recomendación de Freud (1913) acerca de la conveniencia de un análisis de prueba para evaluar las capacidades y el interés del paciente para emprender un análisis, pese a que ahora pensamos que el tiempo de una o dos semanas que Freud proponía no son, ni de lejos, suficientes para contrastar el gran número de variables existentes con relación a la analizabilidad y las motivaciones del paciente. La afirmación de Freud, de que tan sólo la observación del paciente funcionando en la situación analítica puede proporcionarnos una confirmación de su analizabilidad, continúa siendo cierta. De hecho, los analistas nunca comenzamos un análisis con un total sentimiento de convicción y seguridad, sino siempre con la impresión de que iniciamos un camino difícil y oscuro, el cual no sabemos dónde nos llevará ni como terminará. En el tiempo de Freud no se practicaba la psicoterapia de la manera que lo hacemos ahora, guardando una actitud analítica y procurando ofrecer comprensión y insight al paciente. En los casos en los que no es posible el análisis por una falta de motivación vinculada a algunas de las circunstancias que antes he mencionado, una p.p. puede permitir una progresiva introducción a la situación analítica, de manera, creo, mucho más ventajosa que el análisis de prueba que Freud proponía (Levine, H., *Ibid*).

Si intentamos comprender qué es aquello que puede influir, dificultar o reforzar las motivaciones del paciente, pienso que podemos encontrar seis diferentes elementos que resumiré a continuación.

- A) No existe ninguna duda de que la recomendación a un paciente en p.p. para iniciar un análisis repercute de manera intensa en la relación paciente – terapeuta, tanto si el primero la acepta de inmediato como si no lo hace. Los sentimientos que puede tener el paciente en torno a esta indicación siempre son numerosos y han de ser examinados con sumo cuidado, a fin de remover los impedimentos y reforzar las motivaciones. Las fantasías más frecuentes del paciente frente a esta indicación suelen ser: el/la analista quiere tenerlo más cerca por interés científico, económico o erótico; el/la analista cree que él o ella es un paciente valioso a

quien merece la pena dedicarle más tiempo y esfuerzo; el/la analista cree que el tratamiento seguido hasta ahora ha fracasado y que es menester probar otra cosa; la indicación de análisis es un castigo por el mal comportamiento del paciente; la indicación de análisis es un premio por ser un buen paciente, etc.

- B) La disminución de la exteriorización de los conflictos intrapsíquicos, debida a las interpretaciones adecuadas, da lugar a que el paciente pueda dirigir su atención hacia su malestar interno, lo cual incrementa las motivaciones para pasar a un análisis.
- C) El reconocimiento de las limitaciones y sufrimientos, provocados por la ansiedad y las maniobras defensivas, que inducen comportamientos repetidos y frustrantes, es un elemento positivo a favor del análisis.
- D) La repetición, en el contexto de la p.p., de las mismas dificultades en las relaciones, ansiedades, temores, etc., que perturban la existencia del paciente en su vida cotidiana es algo que, si puede ser comprendido por él, refuerza, también, las motivaciones para el análisis.
- E) De manera similar puede actuar el sentimiento de haber hallado un tipo de relación nunca vivida hasta el momento y que proporciona al paciente una vivencia de alivio y seguridad.
- F) Finalmente, creo que la señal más inequívoca de que las motivaciones del paciente son suficientemente sanas para pasar a un análisis, sin que esta decisión sea debida a sumisión al analista, a fantasías de obtener algo idealizado y grandioso, a la expectativa de que cumpliendo la indicación del analista todo quedará arreglado, etc., viene subrayada por la insatisfacción causada por las limitaciones de la p.p. en cuanto al deseo de intensificar las posibilidades de investigación y desarrollo de la propia mente. En este caso, es justo y adecuado que el analista, sin salir del papel que le corresponde, ponga de su parte todo aquello que pueda facilitar el inicio de un análisis.

## RESUMEN

En este trabajo se pone de relieve el cambio que ha tenido lugar en la práctica psicoanalítica en el sentido de que, en el momento actual, se acepta lo que antes se consideraba totalmente incorrecto: pasar a un análisis la p.p. de un paciente, con el mismo analista. Para entender las motivaciones, que pueden conducir a llevar a término esta transformación de una p.p. en un análisis es necesario, ante todo, clarificar las diferencias existentes entre una y otra modalidad de tratamiento. El autor cree que existen diferencias importantes en la

metodología y objetivos y subraya que, por tanto, pasar de una p.p. a un análisis no es, sencillamente, incrementar el número de sesiones semanales. Las motivaciones, por parte del paciente y del analista, para pasar de una p.p. a un análisis pueden estar fundamentadas en el deseo de profundizar en el mundo interno del primero y obtener una reorganización de su mente, pero también pueden ser engañosas y pretender una terapéutica idealizada opuesta al verdadero conocimiento. Para motivar en el paciente el deseo de iniciar un análisis, lo mejor que puede hacer el terapeuta es hacer bien lo que está haciendo, una p.p.

### BIBLIOGRAFÍA

- ADROER, S Y CODERCH, J. (1991): "El trabajo del analista frente al defecto y frente al conflicto", *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, II: 105-118.
- BASSEN, C. (1989): "Transference – countertransference enactment in the recommendation to convert psychotherapy to psychoanalysis", *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 16: 79-92.
- BERNSTEIN, S. (1990): "Motivation for psychoanalysis and the transición to psychotherapy" *Psychoanal. Inquiry.*, 10: 21-42,
- CODERCH, J. (1987): *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Analítica*, Barcelona: Ed. Herder.
- (1995): *La Interpretación en Psicoanálisis. Fundamentos y Teoría de la Técnica*, Barcelona: Ed. Herder.
- (2001): *La Relación Paciente – Terapeuta*, Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer – Paidós.
- FREUD, S. (1913): *Sobre la Iniciación del Tratamiento (Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis)*, *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- HORWITZ, L. (1990): "Psychotherapy as a trial for psychoanalysis", *Psychoanal. Inquiry.*, 10: 43-66.
- KERNBERG, O. (1999): "Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy", *Int. J. Psycho-Anal.*, 80: 1075- 1092.
- LANGS, R. (1981): "modes of "cure" in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy", *Int. J. Psycho-Anal.*, 62: 149-214.
- LEVINE, H. (1985): "Psychotherapy as the initial phase of psychoanalysis", *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 12: 285-298.
- SANDLER, J., Y DREHER, U. (1996): *What do Psychoanalysts Want?*, Londres: Routledge.

- OGDENT, T. (1996): *Subjects of Analysis*, Londres: Karnac Books.
- \_\_\_\_ (1999): *Reverie and Interpretation*, Londres: Karnac Books.
- WALLERSTEIN, R. (1975): *Psychotherapy and Psychoanalysis*, Nueva York: Int. Univ. Press.
- WIDLOCHER, D. (1998): "Psychothérapie et Psicoanàlisi". Trabajo leído en la Sociedad Española de Psicoanálisis.