

# **HACIA UN PSICOANÁLISIS AUTOGESTIONARIO**

Enrique González Rojo

1995.

## INTRODUCCION

Este libro no es, como otros textos teóricos, la encarnación escritural de un proyecto premeditado. Surgió más bien sobre la marcha y como parte de un escrito más amplio y de diferente carácter. Hace algunos meses, en efecto, sentí el impulso de leer, estudiar, cavilar y dar a conocer mis opiniones sobre un tema que, alejado inicialmente de mis ocupaciones profesionales, luego fue desplazándose gradual, pero insistentemente hacia el foco central de mi atención: aludo al psicoanálisis. En la elaboración del extenso volumen sobre tal temática (aún inédito), me vi de pronto en la necesidad de escribir un capítulo más breve en el que quedarán plasmadas algunas de mis ideas e intuiciones sobre los aspectos técnicos del psicoanálisis. Sin embargo, al hallarme trabajando en este capítulo, caí en cuenta, como el que quiere dar sólo unos pasos y tiene frente a sí una jornada completa, de que no podía expresar lo que deseaba -el núcleo de ideas inicial y el acervo de conceptos y desarrollos que me fue invadiendo- en un número reducido de páginas. A poco, llegué a la doble conclusión de que lo que estaba escribiendo en realidad era un libro dentro de otro y de que presentar como capítulo del escrito voluminoso lo que tenía más bien el aliento y el carácter de un libro, aunque pequeño, perjudicaba simultáneamente al volumen amplio (sobre psicoanálisis en general) y al escrito condensado (sobre la técnica psicoanalítica). Tomé la decisión, por consiguiente, de separar

del otro el escrito sobre la técnica, convertirlo en un libro independiente y buscarle editor.

La forma en que se gestó el presente opúsculo -el hecho de no ser la exposición de una idea acabada preconcebida, sino el producto de una gestación cognitiva gradual- explica por qué los conceptos que constituyen el cuerpo fundamental del escrito, y que el lector tendrá que ir descubriendo poco a poco, se van configurando paulatinamente y sólo reciben su connotación definitiva -en la medida en que puede hablarse de definitividad en estos casos- al final del manuscrito<sup>1</sup>.

Aunque estoy cierto de que, a lo largo de las páginas del volumen actual, explico de manera coherente y pormenorizada las razones que me han conducido a proponer un *psicoanálisis autogestionario*, deseo aprovechar el espacio que me ofrece esta introducción para subrayar que, desde hace mucho, la autogestión, la verdadera, la profunda, la auténtica autogestión, me parece la respuesta adecuada a los problemas económicos, sociales, políticos y culturales de la ciudadanía. Cuando inicié mis estudios y reflexiones sobre el psicoanálisis traía ya, por consiguiente, una orientación libertaria y anti-dirigista aplicada al cuerpo entero de la sociedad. En mi análisis del psicoanálisis, bien pronto me pregunté si

---

<sup>1</sup> Al inicio del primer capítulo, por ejemplo, alimento aún la ilusión de un psicoanálisis autogestionario *al interior* de la situación psicoanalítica. Después trasciendo, definitivamente, este punto de vista.

era posible la inauguración de un psicoanálisis franca y abiertamente autogestionario, un psicoanálisis inscrito de modo consciente y expreso en la filosofía democrática de la autogestión.

Desde un principio advertí que la expresión *psicoanálisis autogestionario* podía despertar en algunos psicoanalistas dos reacciones contrarias pero coincidentes en una franca incomprensión de mi propuesta. Unos analistas podían argüir: la denominación psicoanálisis autogestionario es *tautológica*, ya que todo psicoanálisis, si lo es en verdad, tiene que correr por los carriles de la autogestión. Otros podían asentir: la designación mencionada es un *contrasentido*, pues no es posible concebir un psicoanálisis que cuestione o limite la ayuda, la intervención del terapeuta. Como se comprobará tras la lectura del presente texto, mi propuesta no implica ni una tautología ni un contrasentido. No tienen razón los que piensan que con sólo decir *psicoanálisis*, se entiende *autogestión psicoterápica*. Ni tampoco, la poseen los que creen que con sólo afirmar *psicoanálisis*, se excluye dicha autogestión. La expresión *psicoanálisis autogestionario* combate, entonces, en dos frentes: contra quienes juzgan que el psicoanálisis profesional implica necesariamente la autogestión y contra quienes son de la idea de que el mismo psicoanálisis la excluye obligatoriamente.

Si bien la polémica entre un análisis que se autoafirma orgullosamente como heterogestionario e intrusionista y un análisis

autogestionario, carece de malentendidos y su polarización deviene visible desde un principio, la contraposición entre este segundo tipo de análisis y aquel -bastante difundido- que afirma que el psicoanálisis persigue de hecho, en la situación psicoanalítica, el crecimiento anímico del individuo, su desligamiento o autonomización, resulta más confusa y hasta podría parecer que carente de base. A quienes sostienen el punto de vista de que, en esencia, el psicoanálisis tiene como objetivo, aunque no lo declare, no sólo la eliminación del malestar psíquico o la angustia del paciente sino la reestructuración de éste *para manejar por sí mismo sus trastornos y problemas*, me gustaría hacerles ver que aquello que se halla, supuestamente o en el mejor de los casos, implícito en el discurso, debe explicitarse tanto teórica como prácticamente. La finalidad *implícita* (el crecimiento, el autonálisis autogestionario) puede ser distorsionado, y de hecho así ocurre de común, por la alianza heterogestionaria o verticalista del analista y el paciente. De ahí la necesidad de que la finalidad autogestionaria del psicoanálisis (y que puede ser formulada de este modo: el fin del psicoanálisis es el autonálisis) se explicite. El propósito toral de este texto es, por tanto, no sólo polemizar con el psicoanálisis expresamente heterogestionario, sino hacer explícito lo que algunos psicoanalistas admiten como tácito en la teoría y la práctica clínica del psicoanálisis.

En términos generales, no creo en la posibilidad de una autogestión profunda y duradera, en ninguno de sus posibles campos de organización y funcionamiento, si se da de manera espontánea, sin guía mayéutica y promoción.<sup>2</sup> La experiencia secular del desdoblamiento de la sociedad en gobernantes y gobernados, dirigentes y dirigidos, etcétera, dificulta enormemente -aunque no lo impide del todo- la auto-determinación de los grupos sociales. Esto es verdad no sólo para *la autogestión social* -en cualquiera de sus formas- sino también para la *autogestión terapéutica individual* (psicoanalítica). Quien lea este libro, advertirá con plena claridad que por *psicoanálisis autogestionario* no se entiende una autogestión psicoterápica sin preparación, promoción y guía. El *psicoanálisis autogestionario* no pretende reivindicar la introspección epidérmica o la auto observación superficial, ni buscar su fundamento en una especie de *autoanálisis espontáneo*. El psicoanálisis autogestionario no es producto de las buenas intenciones y de la improvisación. No es un retorno a la psicología pre-psicoanalítica. El psicoanálisis autogestionario no podría existir sin la teoría psicoanalítica y sin la teoría de la autogestión. Se trata de una síntesis o de una sincretización de ambos planteamientos.

El presente texto se basa en lo que me gustaría llamar el *concepto autogestionario de la terapia*. La noción de terapia que

---

<sup>2</sup>O sin el acto valiosísimo, pero no muy frecuente de la autopromoción.

campea a lo largo de este opúsculo es la de que el análisis<sup>3</sup>, no es sólo la *curación* -la desaparición o el debilitamiento- de los síntomas o del malestar psíquico (y somático)<sup>4</sup>, sino la toma del poder en el aparato psíquico de aquella parte de la personalidad que busca o acaba por buscar la implantación o el restablecimiento de la salud y de la instalación renovada y permanente de las defensas y protecciones contra la o las patologías. El *psicoanálisis autogestionario* tiene como fin, entonces, la obtención de lo que querría denominar la *cura*. Propongo, pues, llevar a cabo una diferenciación entre la *curación* y la *cura*. La *curación* se conforma con el alivio o la mejoría. Es una concepción médica y psiquiátrica retomada, de común, por el psicoanálisis profesional. No evita, sin embargo, ni el infantilismo de la dependencia ni el peligro de las recaídas. La *cura*, en cambio, es el fin perseguido por el *psicoanálisis autogestionario*, es decir, la lucha porque no sólo llegue al poder en la psique la parte de la personalidad demandante de la salud, sino para que el individuo logre estructurarse de tal manera que pueda luchar *por sí mismo* en contra de los fantasmas que existen hoy o que pueden aparecer mañana en el hondón de su ánimo.

Si tomamos en cuenta que la enfermedad psíquica desdobra la personalidad en dos porciones (una que avala y refuerza a la neurosis

---

<sup>3</sup> ya sea como psicoanálisis *promotor* o *mayéutico* o como *autoanálisis independiente*.

<sup>4</sup> la *curación* -término y objetivo estrictamente médico- es una tendencia necesaria, pero insuficiente, del psicoanálisis de orientación autogestiva.

y su "satisfacción sustitutiva" y otra que considera el equilibrio neurótico como un desequilibrio y tiende a buscar una sana reorganización de la psique) y si advertimos que el *yo demandante de un equilibrio no neurótico* se divide, a su vez, o puede dividirse en dos modalidades (una que se basa en el "infantilismo de la dependencia" y otra que tiende a la *mayoría de edad* de la autogestión), podríamos asentar que, a partir de ello, y como expresión teórico-práctica de tales "sujetos", se conforman tres posiciones terapéuticas: la autoobservación superficial, el *psicoanálisis común* y el *psicoanálisis autogestionario*. La introspección epidérmica, en efecto, es la práctica propia de un *yo demandante de salud* que se halla bajo la influencia del *yo neurótico-conservador* y su dispositivo resistencial. La autoobservación cotidiana -la meditación, la confesión, la "autognosis", etcétera, no trasciende, pues, la psicología superficial. El *psicoanálisis tradicional*, por su lado, es la práctica de un *yo demandante de salud* más radical que el anterior, pero embargado todavía por el "infantilismo" de la dependencia". Aunque se trata aquí, a no dudarlo, de una sustitución de la psicología superficial por la *psicología profunda*, es una práctica que no escapa aún a la heterogestión psicoterapéutica. En el psicoanálisis profesional no se combate seriamente, por eso mismo, la *resistencia a la autogestión* que caracteriza aún al *yo demandante de salud* influido también por el *yo neurótico*. El psicoanálisis autogestionario es, por último, la

práctica terapéutica de un *yo\_demandante de salud* que tiende a la cura autogestiva, a la autonomización. En el *psicoanálisis autogestionario* no sólo se combaten las *resistencias* -emanadas de la neurosis- *a la verdad del inconsciente* y, por tanto, al ejercicio de una psicología profunda, sino también las *resistencias a la autogestión* -emanadas asimismo de las neurosis- y, por consiguiente, al ejercicio de un autoanálisis profundo.

México, D. F., diciembre de 1991

## CAPITULO 1

### EN BUSCA DE UN AUTOANALISIS PROFUNDO

1.- El analista pertenece a la *clase intelectual*<sup>5</sup>. Como tal, prepara su fuerza de trabajo especializada en el estudio y la experiencia. Carece de medios *materiales* de producción, pero posee o monopoliza una serie de conocimientos, técnicas y recursos terapéuticos que lo dotan de un "*capital*" *intelectual* difícilmente sustituible. Su función habitual, una vez que se ha hecho de medios *intelectuales* de producción -en este caso de la teoría y la práctica psicoanalíticas- es conocer e interpretar lo que le ocurre al paciente o descifrar, a partir del síntoma o del padecimiento, la etiología del conflicto. El criterio de verdad de la interpretación o de la función hermenéutica del analista no reside sólo o preferentemente en su coherencia, su brillantez o su ingenio, sino en el hecho de que, tras de ser debidamente asumida por el enfermo, produce la cesación o el debilitamiento de los síntomas<sup>6</sup>. La correspondencia entre la interpretación del analista y el origen

---

<sup>5</sup> Respecto al concepto de *clase intelectual*, consúltese mi libro *La Revolución Proletario-intelectual*, Editorial Diógenes, 1981.

<sup>6</sup> La técnica analítica -escribe Freud- "hace aflorar pensamientos que el enfermo nunca quiere reconocer como suyos, que él no recuerda, si bien admite que el contexto los exige imprescindiblemente, y, en ese transcurso, se convence de que esas representaciones, y no otras, producen el cierre del análisis y la cesación de los síntomas", "Sobre la psicoterapia de la histeria", en *Sigmund Freud*, *Obras completas*, T.II, Amorrortu Editores, Buenos Aires 1990, p.279.

real de la neurosis acarrea, por consiguiente, la curación del padecimiento o el inicio de ella.

Los conceptos de autogestión y heterogestión no sólo pueden ser aplicados a las agrupaciones sociales o a la educación, sino también al psicoanálisis. Independientemente de su fundamentación teórica declarativa, la práctica psicoanalítica es, en general, heterogestionaria. ¿Qué quiero decir con esto? Que el analista, por ser el que sabe, o supone que sabe, es el que diagnostica, propone una interpretación y lleva a cabo la terapia o funge como su factor directivo. Aunque las sesiones psicoanalíticas tradicionales son famosas por un cierto *silencio* del médico y el *parloteo* del paciente, muestran con toda claridad que, en lo que a la función hermenéutica se refiere, el analista es el elemento *activo* y el analizando el elemento *pasivo*.

Todo miembro de la clase *intelectual* tiende espontáneamente a ser el factor activo del proceso heterogestionario. ¿Por qué? Porque de ese modo pone en acción su instrumental informativo y muestra su eficacia. La heterogestión implica la división *vertical* del trabajo, o sea el desdoblamiento entre los que saben y dirigen, y los que ignoran y acatan. El psicoanálisis heterogestionario parte del supuesto de que el analista *comprende* y el enfermo *ignora*<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> 0, como dice más refinadamente Nestor A. Braunstein: "El paciente sabe, pero porque no

Aunque frecuentemente Freud vislumbra la posibilidad y la necesidad de la autogestión por parte del paciente<sup>8</sup>, no pocas veces, como integrante de la *clase intelectual* que es, concibe en la práctica el psicoanálisis como proceso terapéutico heterogestionario.

No cabe la menor duda de que, para Freud, la toma de conciencia del origen y el nódulo de sus conflictos por parte del enfermo, es condición necesaria para la catarsis terapéutica. Es incuestionable, por consiguiente, que todo psicoanálisis exitoso implica un trabajo psíquico del sujeto o de una parte de la personalidad hasta acceder, vía la *anamnesis*, a la etiología de un desorden nervioso. Este trabajo psíquico del individuo no puede ser, en fin de cuentas, sino autogestionario, lo cual me lleva a afirmar, con toda contundencia, *no que el psicoanálisis, en su esencia, puede o debe ser autogestionario, sino que es autogestionario,*

---

sabe que sabe cree que ignora". *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis* (hacia Lacan), S.XXI, 1980, p.223.

<sup>8</sup> De ahí que diga: "Puesto que el enfermo sólo se libera del síntoma histérico reproduciendo las impresiones patológicas causadoras y declarándolas bajo una exteriorización de afecto, la tarea terapéutica *consiste* sólo en moverlo a ello". *Sigmund Freud, Obras Completas*, op.cit., p.288-289.

El primer enemigo del análisis es la resistencia del paciente, que sirve de apoyo a la represión. El terapeuta no puede llevar a cabo su función, si la resistencia o la coraza no se debilita o desaparece. Pero el analista tiene un aliado en el dolor y la insatisfacción del enfermo, dolor e insatisfacción que lo han llevado a solicitar la ayuda del médico. Freud se pregunta; "¿De qué medios se dispone para superar esta continuada resistencia?". Y responde: "Son escasos, pero son casi todos los medios de que dispone de ordinario un ser humano para ejercer influjo psíquico sobre otro"<sup>9</sup>. Si nos atuviéramos a estas palabras, Freud se definiría sin más ni más como un analista heterogestionario, porque la respuesta anterior parece indicar con toda nitidez que la forma esencial para combatir la resistencia continuada de un neurótico consiste en "influir psíquicamente" sobre él. Pero antes de atribuirle a Freud una posición tal, veamos lo que afirma a continuación: "Uno debe decirse ante todo que la resistencia psíquica, en particular una constituida desde hace largo tiempo, sólo se puede resolver de manera lenta y poco a poco, y es preciso armarse de paciencia"<sup>10</sup>. El carácter externo y la gestión exógena del analista parecen reafirmarse en esta cita, en virtud de que, para Freud, no sólo conviene influir psíquicamente en el paciente (para dismantelar la resistencia), "sino suprimir" lenta, paulatinamente y sin perder la paciencia, las defensas que opone el sujeto. Pero la

---

<sup>9</sup> Ibid., p.288.

<sup>10</sup> Ibid., p.288.

apariencia de que Freud se pronuncia tajantemente a favor de un análisis autoritario y externo se viene abajo si atendemos a las frases siguientes: "Además, es lícito contar con el interés intelectual que empieza a moverse en el enfermo apenas comenzado el trabajo. En la medida en que se lo esclarece, en que se le hacen comunicaciones sobre el maravilloso mundo de los procesos psíquicos, del cual uno mismo ha obtenido visiones en virtud de tales análisis, se lo lleva a considerarse a si mismo con el interés objetivo del investigador y, así, se esfuerza hacia atrás la resistencia, que descansa sobre una base afectiva"<sup>11</sup>. Voy a destacar varios puntos de este rico párrafo y diseñar una conclusión interpretativa de la posición freudiana respecto a la relación *sui generis* entre el analista y el sujeto del análisis:

a) Una vez que el analista logra desestructurar las defensas y diques del histérico o neurótico, puede contar con el deseo profundo de curación (o, como dice Freud, con el "interés intelectual") que el curso de la labor analítica despierta en el analizando.

b) Para lograr convertir al paciente en "colaborador del analista" resulta entonces pertinente instruirle y comunicarle "detalles

---

<sup>11</sup> Ibid., p.288

del maravilloso mundo de los procesos psíquicos"<sup>12</sup>

c) Freud no piensa, desde luego, que la "labor informativa" que el psicoanalista debe desempeñar con su enfermo pueda ser asimilada o identificada con algo así como una acción académica de enseñanza-aprendizaje de la teoría psicoanalítica, sino únicamente como dar a conocer los "detalles" fundamentales del funcionamiento del aparato psíquico que le permitan al enfermo colaborar en la práctica autoterapéutica.

d) Todo lo anterior está destinado, por consiguiente, a que el analizando logre "observarse a sí mismo con el interés objetivo del investigador". Salta a la vista, entonces, cuál es la función y el propósito principales del analista para Freud: *crear las condiciones para que el paciente, o para cualquier individuo que se psicoanalice, dé al traste con sus resistencias, colabore con el analista y se observe a sí mismo con la objetividad de un investigador.*

El analista no es, pues, quien "cura" al enfermo, sino el que coadyuva, sienta las bases o *mueve* a su paciente para que él autodetermine su terapia. He dicho en otra parte, y este es el momento de repetirlo, que el analista debe limitar su práctica a una *función*

---

<sup>12</sup> Esta *acción educativa* del analista es, desde el punto e vista autogestionario, una de las tesis más significativas del creador del psicoanálisis en el periodo inicial de la nueva ciencia.

*estrictamente mayéutica y auxiliar*. Su acción es análoga a la del partero: lejos de identificarse o sustituir a quien da a luz, no es sino el ayudante -y en *tanto* ayudante debidamente activo- del proceso externo del alumbramiento.

Me parece indispensable contraponer el *método mayéutico* al *método psiquiátrico*. El método mayéutico no es intrusivo ni dirigista. Su papel se limita a coadyuvar a quien "está encinta" dé a luz. No es un método pasivo sino activo, como dije, pero su actividad, lejos de pretender suplantar al paciente, se halla orientada a que éste, basado en sus propias fuerzas, geste una nueva personalidad. El método psiquiátrico -como todos o la mayor parte de los métodos usados por la medicina- conlleva una técnica autoritaria y verticalista. Si de acuerdo con el método mayéutico el centro de gravedad reside en el paciente, de conformidad con el método psiquiátrico el centro de gravedad encarna en el analista. El mayéutico es un método *interno*, el psiquiátrico *externo*. El primero busca la autonomía; el segundo propicia el *infantilismo de la dependencia* y la heteronimia. Estoy convencido, por consiguiente, de que el auténtico psicoanálisis debe de desembarazarse del método psiquiátrico y asumir el método mayéutico. La des-psiquiatrización del psicoanálisis es esencial para su desenajenación libertaria.

Si la teoría freudiana es, en esencia, autogetionaria (o, respondiendo a su carácter, debería tender a serlo), la práctica de

Freud con frecuencia no lo es. No pocas veces, en lugar de restringir la acción del terapeuta a la función estrictamente *mayéutica* -o, lo que tanto vale, a la acción posibilitadora de la autogestión terapéutica- confunde a la tomadora con la parturienta y al conjunto de interpretaciones meramente propositivas con el diagnóstico objetivo. Freud intuye con toda claridad, desde el punto de vista teórico, que el paciente debe colaborar en el acto de dar a luz su propio restablecimiento psíquico, y no sólo se inclina por una tesis autodeterminativa, sino que -aunque de manera embrionaria- es el fundador del *psicoanálisis autogestionario*; pero con bastante frecuencia se "olvida" su vislumbre y actúa, desde el punto de vista de práctico, como el *médico* o el psiquiatra que por definición deviene el elemento activo de la curación. ¿Cómo explicar esta contradicción?<sup>13</sup> Freud sabe que sin la asimilación por parte del paciente del encadenamiento que ya desde el nódulo traumático original hasta los síntomas histéricos presentes (las zonas histerógenas), no puede existir una verdadera terapia o, lo que es igual, está consciente de que sin el *trabajo psíquico del paciente*, de carácter autogestionario, no es posible la erradicación de los síntomas patógenos; pero también le parece incuestionable que el individuo preparado para dar con la "trabazón lógica" (que, en la histeria de

---

<sup>13</sup> Contradicción que no es sólo entre la teoría y la práctica, sino que no pocas veces hace su acto de aparición en la misma reflexión: hay momentos en que la teoría de Freud se identifica con la autogestión, pero hay otros en que coincide con la heterogestión.

conversión, por ejemplo, trajo una inervación o cualquier otra somatización) no puede ser sino el "médico de almas". De un lado está el enfermo, del otro el terapeuta. En el sofá se halla el paciente; detrás de él, con una libreta de apuntes sobre la rodilla, está la ciencia. El diálogo entre el analista y su analizando es un coloquio entre la ciencia y la ignorancia. Freud es víctima -como no podía menos de serlo- de su clase social. Esta es la razón por la que, a pesar de su vislumbre del carácter autogestionario de la terapia psicoanalítica y de su intuición magistral de que es preciso instruir y comunicar "detalles del maravilloso mundo de los procesos psíquicos" al enfermo, con mucha frecuencia cae en la práctica (y a veces también en la teoría, como dije) en una franca postura heterogestionaria.

La mayor parte de los herederos de Freud heredaron del maestro la tendencia práctica y teórica a la heterogestión. Es por ello que, en general, la interpretación y el diagnóstico caía del lado del analista y la aceptación de ello, tras de desaparecer la resistencia, del lado del enfermo. De la misma manera que la potencia entraña o preanuncia la aparición del acto, el analista consideraba que su interpretación, si examinaba el caso concreto a la luz del esquema referencial teórico, necesariamente produciría una cesación de los síntomas patógenos. Hasta el Reich psicoanalítico -que tanto se ocupó en un momento dado por la técnica del análisis- puede ser caracterizado asimismo como un analista heterogestionario. Reich

escribe, por ejemplo, "Es regla básica, sin embargo, el no plantear interpretaciones de profundidad -no importa cuan claro y definido sea el material- mientras el paciente no esté listo para asimilarlas"<sup>14</sup>. Aquí se muestra, con toda nitidez, que al analista le corresponden dos funciones básicas: combatir la coraza caracterológica<sup>15</sup> y plantear "interpretaciones de profundidad". Al paciente, por su lado, le compete la asimilación, el hacer suya la interpretación del analista. Creo, no obstante, que la escuela lacaniana, al reivindicar la tesis freudiana, de sabor autogestionario, según la cual "el curso del psicoanálisis debe ser determinado por el paciente", (Freud) se aproxima seriamente a la noción de un psicoanálisis basado en la autogestión. Y otro tanto ocurre con la Karen Horney de la época norteamericana. Pese a ello, la mayor parte de los analistas que ponen el acento en la autodeterminación del paciente, ejercen una hermenéutica heterogestionaria *solapada*. Hablan de la necesidad de concebir el curso del análisis como autodeterminado por el paciente; pero en la práctica siguen actuando como el *elemento activo* de la interpretación terapéutica y relegando a su enfermo al papel de asimilador más o menos pasivo de sus lucubraciones.

De la misma manera en que, en política, una de las medidas contra el monopolio cognoscitivo y sus privilegios consiste en

---

<sup>14</sup> *Análisis del carácter*, Editorial Paidós, B. Aires, 1974, P.73

<sup>15</sup> Y es que "Durante el análisis, el carácter del paciente pronto se convierte en una resistencia", *Ibíd.*, p.69.

reemplazar la acción intelectual de "tirar línea" por la exportación o socialización de medios *intelectuales* de producción a los trabajadores - exportación que abre la posibilidad de que los manuales "piensen con su cabeza" y "decidan con su voluntad"-, en el psicoanálisis autogestionario debe existir la tendencia a sustituir la interpretación *exógena* (heterogestionaria) por la *endógena* (autogestionaria), lo cual implica que el papel del terapeuta queda reducido, como dije, a una *función mayéutica*, es decir, a la función de *ayudar a dar a luz* la autointerpretación del paciente. Un analista comprometido debe llevar a cabo las siguientes acciones: a) Combatir las resistencias, b) exportar al enfermo *medios psicoanalíticos de interpretación* y c) vigilar que el supuesto psicoanálisis autogestionario surgido de la realización de los puntos anteriores no se convierta en una nueva forma, sofisticada y sutil, de resistencia.

*El autoanálisis espontáneo es la prehistoria del psicoanálisis autogestionario.* Su intuición de que el paciente debe tomar en sus manos su propia terapia, es de una importancia innegable; pero tiene la grave limitación de que en él, por así decirlo, el sujeto es juez y parte. En este autoanálisis, en efecto, la resistencia por lo general no puede ser eliminada. En el *autoanálisis espontáneo*, en efecto, no se dispone del instrumental idóneo para llevar a cabo la autoobservación profunda que se persigue. Este autoanálisis es, en

fin, imposible porque la psicoterapia profunda requiere obligatoriamente de un "otro" que no sea complaciente ni con la conformación desequilibrada del aparato psíquico ni con el dispositivo (resistencia) aparejado a ella. El propio Freud, cuando llevó a cabo su autoanálisis, requirió de un Dr. Fliess para llegar a resultados satisfactorios.

En el supuesto caso de que la intervención del terapeuta sea eficaz, y logre eliminar o debilitar las defensas, se abre la posibilidad de que el paciente -o mejor: su instinto de salud- lleve a cabo la autointerpretación del conflicto<sup>16</sup>. Reich ve de modo correcto una parte del problema. Él propone un paso previo al proceso hermenéutico: primero hay que acosar y combatir la resistencia y luego llevar a cabo una interpretación de profundidad. Una vez que se ha logrado quebrar la coraza, la interpretación (que Reich concibe como *exógena*) discurre sin tropiezos y es fácilmente asimilable. El planteamiento coincide con la premisa metodológica de Reich<sup>17</sup>; pero no con su consecuencia. El terapeuta *mayéutico* combate, sí, los mecanismos de defensa, los combate antes que nada y el tiempo que sea necesario, hasta romperlos o debilitarlos; pero no diseña a continuación

---

<sup>16</sup> Autointerpretación que más que ser un proceso intelectual opera como un proceso vivencial de desenajenación de la neurosis.

<sup>17</sup> Siempre y cuando no pongamos en tela de juicio la situación analítica (analista/paciente). Si criticamos esta diada y visualizamos la posibilidad de un autoanálisis metapsicológico independiente, las cosas se modifican...

una interpretación *externa* del conflicto, sino que propicia una interpretación *interna* (y objetiva) del mismo.

Parto de este supuesto: si no fuera por la función inhibitoria general del neurótico -represión, resistencia, ocultamiento, etc.- quien mejor "conoce", o mejor, quien mejor "puede conocer" el aparato psíquico al que pertenece, es el sujeto. Parto asimismo de este otro supuesto: si el sujeto logra vencer sus propias resistencias Y, por consiguiente, está "abierto" a la hermenéutica autogestionaria, lo único que le impediría llevar a cabo una autointerpretación correcta (correcta significa aquí: autocognoscitiva y anuladora de síntomas) sería el desconocimiento de la técnica interpretativa. Pero también de este último supuesto: *toda cura psicoanalítica presupone de manera necesaria la autogestión del paciente*. Independientemente del hacer o del dejar de hacer del analista e independientemente de las ideas y de la experiencia de éste, cuando hay una terapia efectiva del enfermo, ha habido un proceso de autogestión. Dicho de modo contundente: *la terapia pasa necesariamente por un proceso autogestivo del paciente*<sup>18</sup>.

Si el autoanálisis espontáneo es la prehistoria del psicoanálisis autogestionario, *el psicoanálisis común y ortodoxo (heterogestionario en el fondo y a veces también en la superficie) es*

---

<sup>18</sup> Siendo esto así, el papel del analista puede facilitar, obstaculizar o impedir el proceso hermenéutico autogestionario. El analista que favorece la autointerpretación es, pues, un psicoanalista tendencialmente autogestionario, el que dificulta o la impide, es, por lo contrario, un psicoanalista heterogestionario.

*su antecedente inmediato*. Tuvo su razón de ser, y dentro de ciertos límites, la sigue teniendo porque cayó en cuenta de dos cosas: a) la resistencia y b) la incapacidad del paciente -enraizada tanto en el dique o en los mecanismos de defensa, cuanto en la ignorancia interpretativa- de llevar a cabo la función hermenéutica. A partir de esto, el analista combate las resistencias y propone, o lleva subrepticamente hacia una interpretación. En ocasiones tiene buen éxito, porque la interpretación *exógena* -a pesar de la *distancia* entre el terapeuta y el neurótico- se revela como objetiva y acaba por suscitar o coincidir con una interpretación endógena veraz. En los casos, pues, en que la terapia interpretativa *externa* tiene buen resultado, implica una terapia interpretativa *interna*. En estos casos, la interpretación externa funge como medio o catalizador para que opere la interpretación verdaderamente catártica o sea la interna.

Pero frecuentemente el psicoanálisis común falla por dos razones visibles: a) porque pretende conocer *desde fuera* lo que es accesible, o más accesible, *desde dentro* y b) porque, casado frecuentemente con la interpretación imaginada -que puede parecer brillante, ingeniosa y hasta "convinciente"- trata de forzar las cosas y en vez de propiciar la autointerpretación curativa, introduce un "cuerpo extraño" en la psique que, en vez de propiciar la desaparición del conflicto, puede agravarlo.

Hay sujetos que acaban por tener tanta fe en su analista, y en las interpretaciones que emanan de él, que, sugestionados, *pretenden convertir en endógeno lo que no es en realidad sino algo exógeno pero internalizado*. De ahí que Nestor A. Braunstein asiente que: "todo discurso que venga de otro está condenado de antemano a uno de dos destinos posibles: o es descartado por el sujeto como algo exterior a él e irrelevante para él, en cuyo caso carece de efectos o, lo que es más peligroso, es aceptado por él como su verdad que el otro le ha entregado consumándose así una nueva alienación, una identificación con ese nuevo discurso que llegándole de afuera y supuestamente ilustrado por un saber, saber que a su vez está respaldado por la institución psicoanalítica, se hace cargo de representar al sujeto"<sup>19</sup>. También Karen Horney denuncia el fenómeno de las "interpretaciones intrusivas" del analista en el analizando. Dice: "hay pacientes -y supongo que Freud los tuvo en vista-que llegan a extremos considerables para complacer al analista, incluso evidenciando una disposición a aceptar interpretaciones más o menos exentas de rigor crítico y también tentativas de exhibir una mejoría".<sup>20</sup>

El *psicoanálisis autogestionario*, pretende superar las limitaciones que tienen tanto el *autoanálisis superficial* como el

---

<sup>19</sup> Nestor A. Braunstein, op. Cit., p.192.

<sup>20</sup> Karen Horney, *El autoanálisis*, Ed. Psique, B. Aires, 1974 P.16.

*psicoanálisis heterogestionario*. Combate en realidad a la posición autoanalítica<sup>21</sup> con un conjunto de argumentos tomados del psicoanálisis común (dice, por ejemplo: no se puede llevar a cabo un análisis profundo sin atacar la resistencia) y combate la posición del psicoanálisis heterogestionario común con argumentos tomados del arsenal de la posición autoanalítica (dice, verbigracia: hay mayor cercanía entre el sujeto y sus conflictos que entre el terapeuta y el paciente). Resultado: un psicoanálisis autoanalítico que no da tregua a las resistencias (como el psicoanálisis profesional) y que pone en primer plano, dada la inmediatez entre el sujeto y sus conflictos, la autointerpretación de las neurosis (como el autoanálisis espontáneo).

Más arriba decía que todo miembro de la *clase intelectual*, tiende a la heterogestión. Ahora querría añadir que esto también ocurre con el psicoanalista. Al psicoanalista común no le puede agradar una tesis que pugna por subvertir la división del trabajo. Es de esperarse, por eso, una oposición decidida del psicoanalista habitual, contra la teoría del psicoanálisis autogestionario, oposición semejante a la del socialista común y corriente contra la teoría de la *clase intelectual* y de las

---

<sup>21</sup> Sin negar del todo, claro es, la posibilidad de un autoanálisis auxiliar.

implicaciones autogestionarias que supone.

2.- Entre la interpretación del analista y la autointerpretación del paciente, además de lo exógeno y lo endógeno, hay otra diferencia sustantiva: mientras la interpretación del analista es antes que nada una interpretación teórico-científica, la autointerpretación del paciente, a más de lo anterior, tiene que ser sobre todo una interpretación vivencial. El enfermo más que *entender intelectivamente* cuál es el fondo de su o sus conflictos, tiene que sentirlo, vivenciarlo, incorporarlo a su conciencia. Aún más. Un paciente puede "oír" y entender cuál es el nódulo "objetivo" de su histeria o su neurosis y permanecer indiferente a ello. El paciente puede identificarse con su analista, "aceptar" las explicaciones que éste brinda y elaborar interpretaciones "propias" asociadas a estas últimas sin que haya la comprensión vivencial indispensable para la terapia.

3.- Al llegar a este punto, me gustaría hacer una diferencia entre una *interpretación dogmática* y una *interpretación heurística* (hipotética o propositiva). El *psicoanalista heterogestionario* puede hablar de la colaboración necesaria del paciente o de la insoslayable participación del analizando durante todo el proceso del análisis; pero se caracteriza por diseñar una o varias *interpretaciones dogmáticas*. Su pretensión, muchas veces inconsciente, es encajonar el conflicto del enfermo y la

terapia a seguir, dentro de su diagnóstico y de la curación que él, a partir de sus estudios y de su experiencia, concibe como acertada y pertinente. El *psicoanálisis autogestionario* también puede y en ocasiones debe proponer interpretaciones (ya que estas forman parte del proceso mayéutico); pero sus interpretaciones tienen que ser exploratorias, auxiliares, hipotéticas; en una palabra, tienen que ser *heurísticas*.

En general, como se sabe, el análisis no es un acto, sino un proceso. De ahí que, en muchas ocasiones, el analista tenga que cambiar y recambiar sus interpretaciones. La cosa ocurre en forma de diálogo<sup>22</sup>: el analista propone una interpretación del conflicto, el paciente la rechaza, el analista cambia de interpretación y el enfermo vuelve a rechazarla y así sucesivamente hasta que la interpretación heurística del analista logra ser una *interpretación objetiva* y, ya con este carácter, se impone en el analizando, el cual -puesto que partimos del supuesto de que ya no tiene resistencias- vivencia el diagnóstico, lo verbaliza catárticamente y observa la desaparición de sus síntomas patógenos.

El psicoanálisis autogestionario presupone, por consiguiente, y de manera simultánea, la tendencia del analista a inhibir

---

<sup>22</sup> "La perspectiva del paciente se profundiza y se extiende en la confrontación con las opiniones del analista", Helmut Thöma y Horst Kächele, *Teoría y práctica del psicoanálisis*, editorial Herder, Barcelona, 1978, p.80.

toda interpretación dogmática y la tendencia del paciente a asumir el *lado activo* de la terapia. La comparación que he hecho sobre el análisis y el parto resulta muy justa, si tomamos en cuenta que el analista no debe tener nunca la pretensión de "dar a luz" la solución de los conflictos, sino que debe limitar su acción a la de ser, como una comadrona, quien vigila que el alumbramiento - un proceso en verdad autogestionario- tenga buen resultado. Soy de la opinión, incluso, de que no tiene que ser forzosamente el médico el único que, de manera constante, ofrezca interpretaciones heurísticas -con el pretexto de hallarse a la búsqueda de la *interpretación objetiva*. Creo que el paciente debe ser pertrechado y autopertrecharse de los "detalles del maravilloso mundo de los procesos psíquicos" para estar en capacidad de "proponer" al médico y proponerse a sí mismo interpretaciones heurísticas que pueden acabar por ser *objetivas* y devenir la vía terapéutica del debilitamiento y aun de la desaparición de los síntomas.

Cae de suyo que el binomio analista-paciente debe hallarse a la búsqueda de la *interpretación pertinente* del origen de los males o de los síntomas patógenos que aquejan al analizando. La *interpretación pertinente* puede irrumpir primero en el analista o hacerlo en el enfermo. Su objetividad, como es obvio, no depende del "lugar" donde aparezca inicialmente, sino

de la apropiación cognoscitiva que tenga del fenómeno. Puede surgir también -y me parece que es una mejor forma de gestación- en y por el diálogo de interpretaciones que, interpenetrándose, debieran ofrecer el psicoanalista y el paciente. La interpretación puede ser calificada de *pertinente* si y sólo si se demuestra en la práctica terapéutica, es decir, si, con su asunción afectiva por parte del enfermo, arroja la consecuencia de la eliminación de los síntomas o el malestar. Antes de esa comprobación, la "mejor" de las interpretaciones, la más inteligente e ingeniosa, la más perspicaz e intuitiva, sólo tiene un carácter hipotético (heurístico). Pero con esto no rebasamos aún el psicoanálisis tradicional.

4.- Se podría pensar que el psicoanálisis autogestionario -que pugna por un autoanálisis riguroso, contrapuesto a un autoanálisis espontáneo- es imposible porque en él se prescinde de la transferencia. Si consultamos, por ejemplo, el *Vocabulario de las psicoterapias* de André Virel, advertimos que el autoanálisis es definido del modo siguiente: "Investigación personal de los procesos inconscientes por medio del análisis de los sueños, las asociaciones libres, la interpretación de los lapsus, actos fallidos, et. Al autoanálisis le falta el resorte esencial de la curación: la

transferencia"<sup>23</sup>. Se supone, por consiguiente, que, por faltarle la transferencia, el psicoanálisis autogestionario carece del resorte esencial de la cura.

Mas iré por partes. Ante la pregunta: ¿Qué son las transferencias?, Freud responde: "Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la personal del médico"<sup>24</sup>. Y más adelante: "La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo"<sup>25</sup>. El propósito del analista es, pues, conducir al paciente a reemplazar el "repetir por el recordar", como dice Freud en otro sitio. La transferencia que aparece en el análisis es, entonces, la reedición de un vínculo emocional que el paciente vivió en su niñez y que ahora se reproduce tomando al médico como una imagen paterna o materna. Helmut Thöma y Horst Kächele escriben: "En última instancia, la capacidad del paciente de superar sus

---

<sup>23</sup> André Virel, *Vocabulario de las psicoterapias*, E. Gedisa, Barcelona, España, 1985, p.51. La definición se debe a Roland Jaccard.

<sup>24</sup> "Epílogo" al "Fragmento de análisis de un caso de histeria" en *Sigmund Freud, Obras Completas*, T.VII, op.cit., p.101.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p.103.

transferencias positivas o negativas, o la resistencia a la transferencia, se retrotrae a la transferencia positiva benigna y no chocante en la relación temprana madre-hijo"<sup>26</sup>. Al parecer, por consiguiente, todo autoanálisis es limitado, como creen algunos, e imposible, como piensas otros, por la evidente razón de que en él no existe el desdoblamiento entre un analista y un paciente ni es, por tanto, un proceso en el que puede aparecer la transferencia, el más poderoso auxiliar del terapeuta cuando éste "logra colegirla y traducírsela al enfermo". Concebir, sin embargo, la relación entre el médico y el enfermo como una relación entre dos sujetos unitarios (o monádicos), sin fisuras o desdoblamientos, no es correcto. Ya Freud, y después Sterba, hablan de una escisión terapéutica del yo o de la personalidad. Freud escribe: "Esta situación, en la plenitud, de sus notas ideales, presenta el siguiente aspecto: alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio. El médico trabaja entonces *codo con codo* junto a un sector de la personalidad *dividida en dos por la enfermedad*, y contra la otra parte en el conflicto"<sup>27</sup>. Sterba, por su lado, afirma que:

---

<sup>26</sup> Helmut Thöma y Horst Kächele, *Teoría y práctica del psicoanálisis*, op.cit., p.80.

<sup>27</sup> Citado por Helmut Thöma y Horst Kächele, op.cit., p.80. La cita de Freud está tomada de *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*.

"Cada sesión le da al analista varias oportunidades de emplear el término "nosotros" para referirse a sí mismo y a aquella parte del yo del paciente que está en consonancia con la realidad"<sup>28</sup>. Resulta evidente, entonces, que "con la escisión terapéutica del yo de Sterba... la psicología del yo tuvo que desembocar en la alianza de trabajo"<sup>29</sup>. En resumidas cuentas, según Freud y otros psicoanalistas posteriores, en toda terapia se da, de manera obligatoria, una escisión del yo del paciente. Una parte del sujeto añora la armonía, rechaza la enfermedad y busca auxilio; la otra vive de conformidad con su neurosis y halla un falso equilibrio en el estado patológico. La parte del sujeto que busca la salud y se halla "en consonancia con la realidad" es también aquella que puede aliarse o trabajar "codo con codo" con el analista. El médico, por consiguiente, trata de establecer una "alianza de trabajo" con la parte positiva de la psique del enfermo en contra de la parte negativa de su personalidad<sup>30</sup>.

Es obvio que el desdoblamiento del yo no es producido por la terapia psicoanalista, sino por la enfermedad. No es la relación con el analista la que divide en dos la personalidad del neurótico, sino que es esta última la que lleva al

---

<sup>28</sup> Citado por Helmut Thöma y Horst Kächele, op.cit., p.84.

<sup>29</sup> Helmut Thöma y Horst Kächele, op.cit., p.80.

<sup>30</sup> En contra de cierta psicología del yo, deseo subrayar que la enfermedad no respeta ninguna integridad del yo, sino que la desdobra.

enfermo a consultar al médico. El desdoblamiento del yo es también el fenómeno psíquico generador del autoanálisis. Si alguien toma la decisión de autoanalizarse, ello significa que frente a una parte de la personalidad que sufre tal o cual conflicto, hay otra deseosa de trascender ese estado y anular o debilitar la presencia de ciertos síntomas patógenos.

Siento la necesidad, al llegar a este punto, de llevar a cabo algunas reflexiones sobre el psicoanálisis ortodoxo. Este análisis supone, como dije, un desdoblamiento del yo en dos porciones: un *yo neurótico-conservador* y un *yo demandante de un equilibrio sano*. El *yo demandante de equilibrio* se alía con el analista para combatir al *yo neurótico-conservador* que es, simultáneamente, producto de la enfermedad y avalador y suscriptor de ella. El individuo que se somete al análisis es ambivalente respecto a *la resistencia* -y el terapeuta tiene que partir del supuesto desde un principio de que *no todo* el aparato psíquico se estructura como una coraza resistencias- porque mientras el *yo neurótico-conservador* ofrece, por definición e idiosincracia, resistencia, impenetrabilidad, dique, el *yo demandante de equilibrio*, presa del infortunio y anhelante de una salida, está dispuesto a hacer desaparecer o debilitar la resistencia. Cuando el *yo neurótico-conservador* hegemoniza el aparato psíquico, predomina la resistencia. Cuando el yo

*demandante de equilibrio* logra controlar la escena, cesa la resistencia o, por lo menos, abandona la inquebrantabilidad de su escudo<sup>31</sup>. Se puede decir que cuando el *yo demandante de equilibrio* toma el poder, la resistencia (expresión del *yo neurótico-conservador*) se vuelve un factor *oculto y recesivo*. Y cuando el *yo neurótico-conservador* controla la psique, la disposición a hacer desaparecer la resistencia (tendencia inherente al *yo demandante de equilibrio*) es, a su vez, un factor *oculto y recesivo*.

El individuo enfermo es ambivalente no sólo respecto a la resistencia, sino también respecto a la neurosis, porque en tanto el *yo neurótico-conservador* se empeña en retener la enfermedad - porque es el fundamento de su "equilibrio patológico"-, el *yo demandante de equilibrio* pugna, o puede pugnar, por erradicar, ponerle un hasta aquí o, al menos, no dejarla prosperar. Cuando el *yo demandante de equilibrio* le gana la partida al *yo neurótico-conservador* -y este triunfo supone como condición posibilitante la erradicación de la resistencia- se "abre" la posibilidad de la terapia. Cuando el *yo neurótico-conservador* vence al *yo demandante de equilibrio* -y esta victoria implica, por lo contrario, la victoria de la resistencia- se "cierra" la posibilidad de la cura. Se puede decir que

---

<sup>31</sup>Dado que el término de "equilibrio" puede prestarse a confusiones, es importante aclarar que las dos posiciones del yo escindido favorecen cada uno una cierta modalidad de equilibrio. El yo neurótico-conservador pugna por la instauración de un equilibrio enfermizo y morbosos de la psique. El yo demandante de salud, si se halla impulsado por un incentivo lucha en cambio por la regencia, no de un equilibrio definitivo (lo cual es imposible), sino de un equilibrio sano (en la medida en que no es dable hablar de salud).

cuando el *yo demandante de equilibrio* domina la psique, la enfermedad (expresión del *yo neurótico-conservador*) pasa a ser el *factor oculto y recesivo*. En efecto, aunque la desaparición de una enfermedad neuropsíquica es posible y deseable, no es raro que, en ciertos casos de aparente curación, el nódulo generador del conflicto continúe siendo un factor oculto y recesivo que abre la posibilidad a una *recaída*. Por eso es difícil, aunque no imposible, que el psicoanalista pueda cantar victoria de manera definitiva e incuestionable.

Cuando el *yo neurótico-conservador* ejerce su dominio sobre el aparato psíquico, la pugna por la armonía y la salud (expresión del *yo demandante de equilibrio*) pasa a ser un factor oculto y sojuzgado. Por más que la desaparición definitiva de la salud, aunque indeseable, sea sin duda posible, es frecuente que el ansia de salud, tranquilidad y equilibrio del neurótico pasan a ser un factor oculto, tapiado, prisionero que necesita abrirse y que lucha o puede luchar por hacerlo.

Una de las diferencias más visibles entre un neurótico y un psicótico (o un individuo que padece una severa psiconeurosis narcisista) reside en que, mientras en el caso del parafrénico, el "*yo*" *psicótico-conservador* "ahoga" sin más al *yo demandante de equilibrio* -y un tratamiento a una demencia radical debe ser por eso intentar "resucitar", antes que nada y si es posible, al

*yo demandante de equilibrio*- en el caso del neurótico, el *yo neurótico-conservador* no ahoga al *yo demandante de equilibrio*, sino sólo lo domina en mayor o menor grado.

¿Cómo es posible que una parte del yo puede ser o devenir un *yo demandante de equilibrio sano*? Me parece que esta porción del individuo se alimenta de tres fuentes estrechamente relacionadas:

- a) Al instinto de conservación.
- b) La necesidad de restablecer el principio de placer o de crear las condiciones para su realización y
- c) Un *ideal del yo* que puede ser expresado en la máxima latina de *mens sana in corpore sano*.

Puedo llamar *impulso a la salud* o, *incentivo*, como lo hace Karen Horney a la síntesis de estos elementos. El origen de este impulso es sin duda biológico; pero varias causas psicósomáticas pueden contrarrestarlo, encubrirlo, dominarlo. La enfermedad es no sólo la causa de la división del yo, sino de la dinamización potencial o actual del *impulso a la salud* inherente al *yo demandante de equilibrio*.

5.- En este contexto ¿cómo opera la transferencia? Una vez eliminada la resistencia a la transferencia -que suele aparecer a veces- y

la transferencia negativa, la transferencia puede contener dos elementos propiciadores de la terapia:

a) Crear el ambiente empático indispensable para que se manifieste el *impulso a la salud* inherente al yo *demandante de equilibrio* y pueda establecerse la *alianza* con el analista, y

b) Crear la *neurosis de transferencia* -o neurosis artificial generada en el consultorio- que reedita patogénicamente relaciones afectivo-parentales y muestra la "materia prima" para un trabajo psíquico que sustituya la repetición inconsciente por un recuerdo que concientice el conflicto y ponga o empiece a poner las cosas en su lugar.

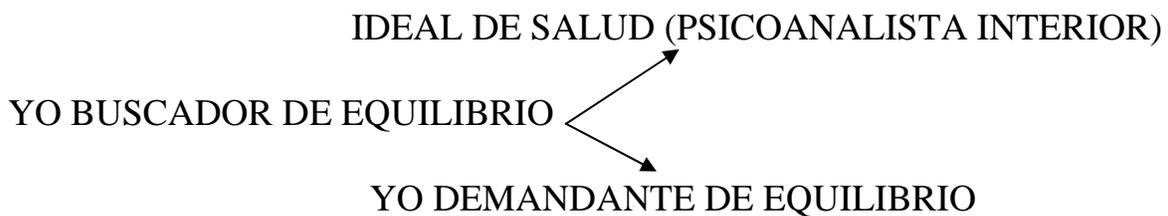
El *autoanálisis espontáneo* es una mera introspección. Es el intento por parte de la psique de "enderezar los ojos" a sí misma. Es una autoinspección que quiere ser honesta y profunda; *pero que se queda en los niveles habituales del consentimiento consigo mismo*. Lejos de dismantelar la resistencia, la refuerza. Lejos de pescar en las aguas del inconsciente los huidizos peces de los conflictos neuróticos, se mueve en el terreno de lo superficial. En términos generales, podemos decir que la introspección no modifica en nada esencial la estructuración neurótica del aparato psíquico. De ahí la necesidad de pasar de un autoanálisis espontáneo y meramente instrospectivo a un *autoanálisis riguroso* (o *metapsicológico*).

La finalidad del *psicoanálisis autogestionario* no es sólo

pugnar por la desaparición o debilitamiento de los síntomas patógenos, sino también, y en íntima conexión con ello, crear las condiciones en el paciente para que pueda llevar a cabo un *autoanálisis metapsicológico*.

6.- Un *autoanálisis* riguroso parte del siguiente supuesto: el *yo demandante de equilibrio* se desdobra en dos instancias: una *instancia ideal* (a la que me gustaría llamar el *psicoanalista interior*) y una instancia *real* (a la que podemos llamar el *yo buscador de equilibrio*).

YO NEUROTICO-CONSERVADOR



Este desdoblamiento se diferencia de aquel en el que un paciente tiene frente a sí a un psicoanalista: en este caso, que prescinde del psicoanalista externo, la atormentada vivencia de la enfermedad hace que el yo se desdoble en dos porciones: un yo que "se halla satisfecho" con el falso equilibrio que proporciona la enfermedad neurótica; y otro yo que lucha por restablecer o conquistar la salud. El desdoblamiento que tiene lugar en el autoanálisis metapsicológico no es un desdoblamiento entre un yo neurótico-conservador y un yo demandante de equilibrio (desdoblamiento que, originado por la enfermedad, se ha realizado ya con

antelación) sino un desdoblamiento del *yó demandante de equilibrio* -segregado del *yo neurótico*, y en pugna por hallar un nuevo equilibrio- en los dos niveles mencionados: el *ideal* y el *real*. El nuevo desdoblamiento tiene dos causas claramente visibles:

a) por un lado, la enfermedad, el dolor, hace que no sólo se escinda el *yo* en *yo neurótico-conservador* y en *yo demandante de equilibrio*, sino que el *yo demandante de equilibrio* se desdoble en un *psicoanalista interior* que funge como el ideal del *yo* (o ideal de salud) y en un *yo buscador de equilibrio* que, acicateado por dicho ideal, tiende autogestionariamente a conquistarlo.

b) La división bipartita (propia del primer tipo de desdoblamiento) deviene una división tripartita: *Yo neurótico-conservador*, *yo buscador de equilibrio* y *psicoanalista interior* porque se ha transitado del psicoanálisis (donde siempre hay dos personajes: analista y paciente) al autoanálisis independiente (donde sólo existe un personaje). Dicho de otra manera: cuando el *yo demandante de equilibrio* se halla sometido no a un psicoanálisis (en que están enfrentados el analista y el analizando) sino a un autoanálisis (en que no hay sino un solo protagonista), se ve en la necesidad de desdoblarse para crear el *ideal* a seguir y la *búsqueda* de su realización, como dos niveles que requiere de necesidad la lucha por la

obtención de un nuevo equilibrio. Me parece importante hacer notar, por otro lado, que el *psicoanalista interior* no sólo se genera a partir del desdoblamiento del *yo demandante de equilibrio*, sino de la introyección superyoica de una imagen parental o alguno de sus subrogados. El psicoanalista interior es, por consiguiente, resultado de la confluencia de un elemento interno (*yo demandante de equilibrio*) y de un elemento externo internalizado (imagen parental, etc.)

La terapia autoanalítica implica una *alianza* entre el *psicoanalista interior* y el *yo buscador de equilibrio*. Alianza terapéutica en contra del enemigo principal: el *yo neurótico-conservador*.

El desdoblamiento del *yo demandante de equilibrio* -en un *yo buscador de equilibrio* y un *psicoanalista interior*- implica lo que podría ser llamada una *transferencia endopsíquica*, donde el *yo buscador de equilibrio* "se acoge" al *psicoanalista interior* como el hijo al padre o a la madre o el paciente a su analista objetal<sup>32</sup>.

La *transferencia endopsíquica* del paciente se diferencia de manera sustancial, como es obvio, de la *transferencia objetal*, esto es, de la reedición inconsciente de vinculaciones afectivas arcaicas y de su plasmación sustitutiva en el analista. La transferencia objetal y la neurosis de transferencia implican la diáda

---

<sup>32</sup> Transferencia aún no superada, es decir, que tiene todavía un carácter negativo.

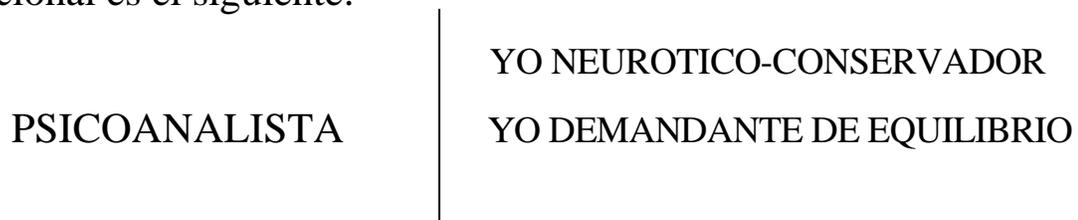
médico-paciente. También implican una *alianza*, llevada a cabo con fines terapéuticos, entre el analista y la parte del paciente deseosa de abatir la ansiedad, la fobia, el desequilibrio emocional que lo acompañan. Cuando el neurótico prescinde del analista -y más adelante aludiré a algunas de las causas que pueden llevar a tal decisión-, ya no puede aparecer la transferencia por la sencilla razón de que, sin la *díada* esta última carece de escenario reproductivo. Sin embargo, la transferencia irrealizable a la que aludo, y a la que se refiere de común la teoría psicoanalítica, es una *transferencia objetal*, es decir, la repetición inconsciente de algún enlace emocional tenido con los padres y resucitado ahora en y por la personalidad del analista. La *transferencia objetal* revive inconscientemente los dos procedimientos de vinculación emotiva con los padres o cualquier subrogado: la *identificación* y la *elección de objeto*. Si el niño -en un proceso edípico natural- se identificó con su padre y eligió como objeto amoroso a su madre, es posible que considere inconscientemente a su analista como su padre. Y de la misma manera que el pequeño tuvo una relación ambivalente de amor/odio con su progenitor -puesto que, aunque se identificó con él, vio en su padre al "gran rival"- es posible que reproduzca inconscientemente dicha ambivalencia en su relación con el médico. Muchas son las modalidades en que la transferencia puede reeditar esas manifestaciones de la *pulsión apropiativa*

que son la de haber, entre la transferencia objetal y la endopsíquica, un proceso anímico con algunas similitudes y elementos en común. La transferencia endopsíquica puede ser *positiva* o *negativa*. Para que se comprenda la diferencia existente entre estas dos modalidades, conviene subrayar que mientras en el primer caso el *yo demandante de equilibrio* se identifica con un hijo (obediente y esforzado) que *elige amorosamente* el ideal de salud encarnado por el psicoanalista interior, en el segundo caso el *yo demandante de equilibrio* se identifica con un ente al margen de la obediencia y el esfuerzo y no elige amorosamente el ideal de salud que representa el psicoanalista interior. En el primer caso el ideal de salud es asumido por el *yo demandante de equilibrio*, el cual pone manos a la obra, trata de dismantelar las resistencias y asediar a la fortaleza del *yo neurótico-conservador*. En esta lucha empleará todas las armas posibles -interpretación de los sueños, introspección descarnada, examen de los lapsus, actos fallidos, olvidos, etc., que conforman la psicopatología de la vida cotidiana, escritura constantemente profundizada de la biografía personal, etc.-para cambiar la correlación de fuerzas y llevar al *yo demandante de equilibrio* a la toma del poder. Pero es muy posible que, aun existiendo el ideal de salud encarnado en el psicoanalista interior, el *yo demandante de equilibrio* no asuma la conducta de la obediencia y el esfuerzo característico de la transferencia

endopsíquica positiva. Es el caso, tan frecuente en los neuróticos, de alguien que sabe que debería sanar o de alguien que tiene en mente la existencia de un ideal de salud; pero que no se siente con la fuerza de voluntad para emprender un camino terapéutico doloroso. O dicho de manera distinta: se trata del caso en que el *yo demandante de equilibrio*, en vez de oír las voces de su psicoanalista interior, oye las de su *yo neurótico-conservador*, con lo que la terapia queda congelada o postergada de modo sistemático<sup>33</sup>.

La transferencia endopsíquica reproduce, si se la interpreta adecuadamente, los dos elementos propiciadores de la terapia: a) el ambiente empático narcisista de la relación: *ideal de salud/yo en búsqueda de ese ideal* y b) la *alianza terapéutica* entre el *psicoanalista interior* y el *yo demandante de equilibrio* para asediar primero y derrotar después el *yo neurótico-conservador*.

7.- El esquema terapéutico habitual en el psicoanálisis tradicional es el siguiente:



El psicoanalista busca cerrar filas con el *yo demandante de equilibrio*, fortalecerlo y darle confianza para luchar contra el *yo*

<sup>33</sup> La transferencia endopsíquica se halla en una indudable relación con las conductas autoritarias o sumisas que examiné en otro sitio, las cuales se generan también a partir de diferentes formas que tiene el yo de relacionarse con el superyó.

*neurótico-conservador* y sus resistencias. La transferencia fue vista inicialmente como un obstáculo para el tratamiento; pero después ha llegado a ser una herramienta importante del mismo. Freud dice: los fenómenos transferenciales "nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes"<sup>34</sup>. Es conveniente subrayar que en el análisis tradicional del paciente el que, tomado en conjunto, vuelca sus fenómenos transferenciales al analista.

El esquema terapéutico del *psicoanálisis autogestionario* es, en cambio, el siguiente:



Haré algunas reflexiones sobre este esquema:

- A. El psicoanalista externo es única y exclusivamente un *psicoanalista mayéutico*, esto es, un elemento que participa en

---

<sup>34</sup> Freud, *Thöma la dinámKächele, a transferencia*, AE vol. 12, p.105. Citado por Helmut Thodma y Horst Kächele, *Teoría y práctica del psicoanálisis*, p.cit., p.66.

el análisis con la función "obstétrica" de prestar su ayuda al alumbramiento de la autoterapia.

- B. El psicoanalista mayéutico propicia la emergencia, en el paciente, de un *psicoanalista interior*. Puede lograr esto, si promueve o facilita el desdoblamiento del *yo demandante de equilibrio* -ya segregado del *yo neurótico-conservador* por el clima torturante de la enfermedad- en un *psicoanalista interior* (que encarne el ideal de salud) y un *yo buscador de equilibrio* que se esfuerce por obtenerlo.
- C. El psicoanalista externo se alía con el *yo demandante de equilibrio* desdoblado -esto es con el *psicoanalista interior* y con el *yo buscador de equilibrio*- para luchar contra el enemigo principal: el *yo neurótico-conservador*.
- D. El psicoanalista meyéutico busca no sólo, que, mediante el análisis, desaparezcan o se debiliten los síntomas psicógenos, sino que el *psicoanalista interior* logre a la larga sustituir el *psicoanalista externo*. A diferencia del psicoanálisis tradicional en que -por no propiciarse la emergencia del *psicoanalista interior*- el psicoanalista externo se convierte o tiende a convertirse en *imprescindible*, en el psicoanálisis autogestionario, el psicoanalista, mayéutico, *orienta su análisis en el sentido de crear las condiciones para prescindir, en el momento oportuno, del propio psicoanalista exterior*.

El *psicoanálisis autogestionario* no termina con La "curación", sino con la capacitación del enfermo para poder realizar en lo sucesivo un *autoanálisis metapsicológico*. El *psicoanálisis autogestionario* es, por consiguiente, sólo un *medio* para lograr la posibilidad de llevar a cabo una *introspección descarnada* y un *autoanálisis riguroso*. El neurótico tiene, en su lucha contra la enfermedad, dos poderosos aliados: el carácter insoportable que reviste a veces la enfermedad y el auxilio del psicoanalista-promotor para enfrentarse con su propia labor autoanalítica. El *psicoanálisis autogestionario* es una propedéutica destinada al ejercicio del autoanálisis riguroso y, si es necesario, permanente. Es la preparación del individuo para prescindir de la "muleta" del psicoanálisis externo y evitar, en lo posible, las recaídas.

El *psicoanálisis autogestionario* promueve un autoanálisis riguroso en el paciente. Se trata de un autoanálisis llevado a cabo bajo la vigilancia del analista mayéutico. El *autoanálisis vigilado* es la condición necesaria para el *autoanálisis metapsicológico posterior que pueda operar sin la presencia del analista externo*. El *psicoanálisis autogestionario* pugna contra dos enemigos: *contra el propósito inconsciente del analista de convertirse en imprescindible* y *contra el afán inconsciente del enfermo de tener un apoyo permanente o una "muleta" indefinida en el médico*. El *psicoanálisis*

*autogestionario* hace que el analista exporte *medios psicoanalíticos de producción* al paciente para que a éste le sea dable llevar a cabo el *trabajo psíquico* necesario y pueda, por eso mismo, acabar por prescindir de la función "alumbradora" del analista. Las sesiones del psicoanalista autogestionario no sólo buscan combatir las resistencias, interpretar *objetivamente* el conflicto (hallar las causas generadoras de tales o cuales trastornos) y tratar de que el enfermo, tras de asumir la terapia, pueda desembarazarse de su malestar, sino en convertirse en un ámbito pedagógico en y por el cual el paciente *aprehende* la técnica para gestionar su *autoanálisis riguroso*, su *introspección descarnada*, su pugna contra las ineludibles resistencias. Esta pedagogía no es sólo intelectual.

Las sesiones no pueden ser "clases" de psicoanálisis. Es una pedagogía que habla al intelecto y a la voluntad, al cerebro y al corazón, a las capacidades discursivas del *yo demandante de salud* y a sus vivencias. Por eso busca no que el paciente aprenda una lección, sino que *comprehenda* -palabra con la que deseo denotar el doble sentido de lo intelectual y lo emocional- una orientación. El psicoanalista informa, pues, al paciente:

- A. Que la enfermedad ha desdoblado su personalidad en dos porciones: el *yo neurótico-conservador* y el *yo demandante de equilibrio*.

- B. Que el *yo demandante de equilibrio* objetiva su existencia en el hecho mismo de hacer que el sujeto pida auxilio a un analista y esté dispuesto a someterse a un tratamiento.
- C. Que el paciente pueda *advertir* la unidad y la lucha de contrarios de su yo en el aparato psíquico y cómo cada uno de ellos tiene intereses diversos, discursos confrontados y se propone cosas distintas.
- D. Que la resistencia emana del *yo neurótico-conservador*, de tal manera que el *yo demandante de equilibrio* debe pugnar por crear fisuras, combatir, dismantelar esas resistencias como paso previo ineludible del trabajo psíquico autoterapéutico<sup>35</sup>.
- E. Que el *yo demandante de equilibrio* necesita ser vigorizado y que, para ello, requiere del auxilio de un *psicoanalista mayéutico* -y además hay que explicar qué es éste- que se *alíe* con él para combatir las resistencias y el rol hegemónico que juega el *yo neurótico-conservador*.
- F. Que el *yo demandante de equilibrio* pueda ganar la partida si acumula fuerzas y tiene una *estrategia* y una *táctica* adecuadas para vencer a su enemigo principal.
- G. Que la victoria del *yo demandante de equilibrio* -como la previa del *yo neurótico-conservador*- puede no ser

---

<sup>35</sup>Aunque esto no debe ser interpretado de una manera mecánicamente gradualista.

definitiva, ya que el elemento morboso y psicógeno puede pasar a ser un factor agazapado a la espera de que las circunstancias cambien y de que puede dar, con ello, un zarpazo y reconquistar su situación de dominio.

- H. Que la conciencia, pues, de la posibilidad de recaídas, habla de que la terapia no es en general un acto sino un proceso.
- I. Que al transitarse del *autoanálisis vigilado* al *autoanálisis independiente*, debe haber una reconfiguración del aparato psíquico, reconfiguración que debe ser no sólo espontánea sino debidamente promovida y condicionada.
- J. Que, en el autoanálisis riguroso *independiente*, el *yo demandante de equilibrio* -para convertirse en propulsor suficiente de la autoterapia- se desdobra en un *psicoanalista interior* (donde encarna el ideal de salud) y un *yo buscador de equilibrio*.
- K. Que el psicoanalista *externo* se alía con el psicoanalista *interior* (ideal de salud) y con el *buscador de equilibrio* (pugna por alcanzar dicho ideal) en contra del enemigo principal: el *yo neurótico-conservador*, expresión de la enfermedad y manantial de la resistencia.
- L. Que, al desaparecer el analista *exterior*, ya no puede existir una *transferencia objetal*, por la sencilla razón de que la *díada terapéutica* (analista/paciente) ha sido sustituida por un sujeto que por sí solo emprende la gestión de su *análisis riguroso* y de su

*introspección descarnada*. Pero la transferencia objetal es ahora reemplazada por una transferencia a la que le ha dado el nombre de *endopsíquica* para indicar que las *identificaciones* y las *elecciones de objeto* que traen consigo las reediciones transferenciales, no trascienden los límites monádicos del aparato psíquico.

8.- El psicoanálisis tradicional está consciente no sólo de que el enfermo acarrea elementos perturbadores, sino que otro tanto ocurre con el analista. Aún más, los problemas del paciente engendran o pueden engendrar problemas en el analista. La *transferencia* del paciente genera, de común, la llamada *contratransferencia* del analista, ya que, al decir de Freud, la contratransferencia surge "en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente"<sup>36</sup>. Esta es la razón por la cual los psicoanalistas deben ser psicoanalizados. El propósito del *análisis didáctico*<sup>37</sup> (nombre que se da a este psicoanálisis para individuos que quieren ejercer el psicoanálisis) es lograr el mayor grado de objetividad posible en el

---

<sup>36</sup> Heiman, a partir de 1950, "considera *todos* los sentimientos del analista respecto a su paciente como transferencia", Helmut Thöma y Horst Kächele, *Teoría y práctica del psicoanálisis*, op.cit., p.102.

<sup>37</sup> La utilización del *análisis didáctico* surge relativamente tarde en la historia del psicoanálisis. Herman Nunberg (probablemente de acuerdo con Freud) fue quien lo propuso por vez primera, en el Congreso de Budapest (septiembre 1918). Pero la propuesta fue rechazada debido esencialmente a la enérgica oposición de Rank y Tausk. El análisis didáctico fue adoptado finalmente en el Congreso de Bad Honburg de 1926 (consúltese: Paul Roazen, *Hermano animal, la historia de Freud y Tausk*, Alianza Editorial, Madrid 1973, pp.71-72)

psicoanalista<sup>38</sup>.

El análisis didáctico, sin embargo, parece a mí entender de varias limitaciones.

Por un lado, reproduce la problemática -ya conocida por los lectores- de si el analista, al que acude el que pretende ejercer el psicoanálisis, debe ser *imprescindible* (como una "muleta" a perpetuidad) o debe ser *prescindible*. Hay psicoanalistas, en efecto, que se psicoanalizan una sola vez y por poco tiempo y creen que con una mera *introspección espontánea* de carácter más o menos cotidiano pueden salvar la objetividad de su función terapéutica. Hay otros que, en cambio, siendo conscientes del papel conservador de la introspección habitual, y no soslayando la permanente posibilidad de sus tergiverciones subjetivas y del afloramiento desvirtuador de la contratransferencia<sup>39</sup>, necesitan *constantemente* hallarse en tratamiento. Los primeros prescinden del análisis didáctico a favor de la introspección espontánea, los segundos prescinden de la introspección espontánea a favor del análisis didáctico permanente. En este último caso se crearía una especie de cadena terapéutica sin fin en que el enfermo (paciente terminal) sería tratado por un analista psicoanalizado por otro que, a

---

<sup>38</sup>En la teoría psicoanalítica se hace una diferencia, por ende, entre *análisis terapéutico* y *análisis didáctico*.

<sup>39</sup> Helmut Thöma y Horst Kächele, op.cit., p.99.

su vez, recibe tratamiento de un tercero y así, si fuese posible, *ad infinitum*. Las reflexiones precedentes me llevan a la afirmación de que la única manera en que el analista, que busca el neutralismo de la objetividad en su función terapéutica, trascienda la superficialidad del autoanálisis espontáneo (y su introspección epidérmica) y la dependencia enfermiza (o el "muletismo" a perpetuidad) del análisis didáctico *ad perpetuum*, es la conquista del *autoanálisis metapsicológico* y la *introspección descarnada* con la que opera. No sólo, pues, el *psicoanálisis autogestionario* (como propedéutica del autoanálisis riguroso) es indispensable si pensamos en el paciente, sino también lo es si enfocamos al analista. Aún más, estoy convencido de que sólo el médico que se halla capacitado para llevar a cabo un *autoanálisis descarnado* (tras de recibir una preparación en un consultorio de psicoanálisis autogestionario) está en posibilidad de ejercer la función de psicoanalista mayéutico.

Toda psicoanalítica tiene, como dije antes, y quiero ahora insistir, un inicio que escapa, obligatoriamente, a la *situación psicoanalítica* (analista/analizando). La necesidad del *análisis didáctico* conlleva forzosamente a la formación de la *cadena psicoanalítica*: el terapeuta de la *situación psicoanalítica D*, tiene que ser el analizando de la *situación psicoanalítica C*, del mismo modo que el analista de la *situación psicoanalítica C*, tiene que ocupar el puesto de paciente en la *situación psicoanalítica B* y

que finalmente, el médico de la *situación psicoanalítica B* tiene que desempeñar el rol de analizando en la *situación psicoanalítica A*. Es de subrayarse que mientras en esta *cadena psicoanalítica* -semejante a una cadena industrial- el paciente de la situación D es una especie de *producto terminal*, esto es, un individuo que es *analizado pero que no analiza*, en el otro extremo de la cadena, en la situación A, aparece, en cambio, un sujeto que *analiza sin ser analizado*. Es obvio que en tanto la *situación analítica* de D no ofrece problemas (ya que el individuo que funge como analista en dicho ámbito, se presenta en la situación C como analizando -con miras a neutralizar su contratransferencia y a garantizar su objetividad-), la *situación psicoanalítica* de A sí resulta extraña, desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica y de su llamado a realizar un *análisis didáctico*, porque mientras el paciente de la situación A va a operar como analista de la situación B -y, por tanto, a cumplir con la "norma de objetividad"-, el analista de dicha situación va a *analizar sin ser analizado*. Esta observación es válida indudablemente si tomamos en cuenta que, de manera inexorable, las *cadena psicoanalíticas* no pueden crecer *ad infinitum*, por una multitud de razones que no viene al caso tratar aquí. Lo más frecuente es, inclusive, que la cadena se rompa en el segundo, tercero o cuarto eslabón, lo que significa, como hice ya notar, que, puesto que la *cadena psicoanalítica* se inicia con un

eslabón en que un analista no se somete al *análisis didáctico*, tal cadena puede estar perturbada, en alguna medida, desde su inicio. Que yo sepa, el psicoanálisis tradicional no explica este problema. ¿Por qué en la situación A, un analista puede analizar sin ser analizado? O, formulado de otro modo, ¿por qué la *regla* de que todo psicoanalista debe ser sometido a un análisis didáctico, tiene una *excepción* en la situación psicoanalítica A? La causa de ello es, sin duda, la imposibilidad de realizar una cadena infinita. Pero en el psicoanálisis no hay ninguna justificación teórica de que un individuo pueda analizar sin ser analizado. Alguien podría decir: "Bueno, él no se analiza en la actualidad, pero se analizó en el pasado". Veamos, sin embargo, las cosas más de cerca. La *cadena psicoanalítica* necesariamente tiene que romperse. La única posibilidad de que no lo hiciera -para dejar volar la imaginación- se hallaría en el caso sorprendente de que la *cadena psicoanalítica* se conformara como un círculo, se mordiera la cola de manera tal que el paciente de la situación D fuera al mismo tiempo el analista de la situación A:

Esta posibilidad es, sin embargo, prácticamente inimaginable por la sencilla razón de que hay pacientes -en este caso, por ejemplo, el analizando de la situación D- que ni quieren ni pueden ser analistas, lo cual nos conduce, de nuevo, a la aseveración de que la *cadena psicoanalítica* tiene que interrumpirse de modo

obligatorio. Una cadena *rota* implica, entonces, un primer eslabón en que el analista no se psicoanaliza o, lo que tanto vale, no se somete al *análisis didáctico*. ¿Qué se puede decir de este *analista-que-no-se-analiza*? Hay dos respuestas a esta pregunta: a) O es alguien que "psicoanaliza" desde un supuesto "estado de salud" -como lo hace cualquier médico o psiquiatra- y justifica su función con el supuesto de que la *cadena psicoanalítica* es un eslabonamiento de enfermos que necesitan inicialmente la presencia de un terapeuta sano o b) es alguien que psicoanaliza a su analizando desde algún tipo de *autoanálisis*. La primera respuesta escapa, de manera tajante, a todo planteamiento psicoanalítico: no hay terapeutas "sanos". Y si alguien sostuviera tal cosa, estaría retrotrayendo la teoría psicoanalítica a su prehistoria psiquiátrica. Esta respuesta debe ser eliminada, por consiguiente, de la perspectiva del psicoanálisis. En relación con la segunda respuesta, conviene recordar que existen dos variantes de autoanálisis: el espontáneo y el metapsicológico. No creo que ningún psicoanalista tradicional defendiera el punto de vista de que el *psicoanalista inicial* de la *cadena psicoanalítica* echara mano tan sólo de un *autoanálisis espontáneo*, cuando se sabe que la autoobservación de superficie no es otra cosa que el *discurso introspectivo del yo neurótico-conservador*. El autoanálisis de marras no puede ser, por ende, un autoanálisis espontáneo, sino que

tiene que ser, de modo insoslayable, un *autoanálisis profundo, capaz de neutralizar la subjetividad del analista y de poner a raya su contratransferencia*. De aquí se deduce que el psicoanalista inicial de la *cadena psicoanalítica* tendría que entregarse forzosamente a un autoanálisis independiente, profundo y descarnado. Digo: tendría que... Pero me sospecho que en algunos casos, y estoy cierto que en otros, ello no ocurre así. Independientemente, sin embargo, del tipo de autoanálisis que lleve a cabo el psicoanalista inicial de la cadena -si es que lo lleva- nos tropezamos aquí con una paradoja. Con algunas excepciones, los psicoanalistas tradicionales niegan la posibilidad misma de un autoanálisis efectivo. Como el autoanálisis profundo es imposible -y lo es, según ellos, porque el sujeto está incapacitado para vencer las resistencias sin ayuda o porque en el autoanálisis ya no existe la transferencia, etc.- el psicoanálisis debe centrarse en la *situación psicoanalítica* y en el *análisis didáctico* (que genera la *cadena psicoanalítica*). Se rechaza, pues, de manera expresa, el autoanálisis. Sin embargo, el autoanálisis -introducido subrepticamente por la puerta de servicio- reaparece en el primer eslabón de la cadena, ya que no es posible aceptar que alguien psicoanalice sin ser psicoanalizado, si no ha conquistado de alguna manera la capacidad de restar o sustraer las perturbaciones subjetivas que trae consigo todo terapeuta. El psicoanálisis en

boda cae, pues, en la flagrante contradicción de *negar el autoanálisis declarativamente y aceptarlo, de manera tácita, en la práctica*<sup>40</sup>. En esta adopción bajo cuerda del autoanálisis, se piensa tal vez que el psicoanalista inicial puede psicoanalizar sin sujetarse a un *análisis didáctico* porque una de las consecuencias aleatorias del psicoanálisis es dotar al analizando de la facultad de controlar sus intrusiones negativas en la terapia, es decir, de pertrecharlo de la técnica pertinente para autoanalizarse. El *psicoanálisis autogestionario* sustituye la *cadena psicoanalítica*, indefectiblemente interrumpida en algún punto, por el proceso *análisis mayéutico/autoanálisis*, sustitución que equivale a reemplazar la finalidad que se da a sí mismo el psicoanálisis profesional (la curación) por la promoción deliberada del *autoanálisis metapsicológico*. El que aparezca ahora, al principio de una cadena, alguien que psicoanaliza sin ser psicoanalizado no tiene ya nada de particular: se trata de alguien que ha pasado por un psicoanálisis mayéutico y ha adquirido, por ende, la capacidad de llevar a cabo su *autoanálisis independiente*<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> En la *supervisión* psicoanalítica sucede otro tanto. Se supone que la *práctica terapéutica* de un psicoanalista novel debe ser supervisada por un psicoanalista de más conocimientos y experiencia. Pero ¿quién supervisa al supervisor? Aquí la *cadena de supervisión* presenta los mismos problemas que la *cadena psicoanalítica*.

<sup>41</sup> Como no todas las personas que logran autoanalizarse están interesadas y tienen la capacidad teórica y práctica de psicoanalizar a los otros, conviene hacer notar que el *psicoanálisis autogestionario* consta de tres fases: a) un *análisis pedagógico* (que busca crear analistas mayéuticos, esto es, individuos que no sólo sepan autoanalizarse sino

Por otro lado, el *análisis didáctico* habitual no toma en cuenta el carácter de clase de los psicoanalistas ni la ideología y la psicología social a ellos asociadas. Ya lo he dicho con anterioridad: los psicoanalistas son miembros de la *clase intelectual*. Se diferencian de los trabajadores manuales y de los empresarios capitalistas, y también de otras fracciones de la clase intelectual, en que monopolizan *medios de producción psicoanalítica*. Por el hecho de detentar este acervo de conocimientos y experiencias son causa y al mismo tiempo víctimas de aquel rubro de la ideología intelectual que podríamos bautizar con el nombre de ideología psicoanalítica. La esencia de esta ideología -a la que habría que dedicar un estudio- consiste en exaltar, las más de las veces de manera inconsciente, el carácter imprescindible de un trabajo tan altamente calificado. Esta ideología, por otro lado, expresa el contenido y repercute en la sustancia de la psicología social de los intelectuales psicoanalistas. A diferencia de los sentimientos individuales que trae consigo el analista -y que pueden aflorar en la forma de tales o cuales conductas contra-transferenciales-, la psicología social de los psicoanalistas, en íntima conexión con su ideología, es algo que traen *en común* todos ellos o, para ser más exactos, es algo que, en términos generales, como

---

que sean capaces de analizar), b) un *análisis mayéutico* (que va en pos de individuos que logren autoanalizarse pero que no pretenden psicoanalizar) y c) un *autoanálisis independiente*.

promedio o ley de tendencia (que admite, desde luego, estas o aquellas excepciones), acompaña a los psicoanalistas. La ideología y la psicología social de los psicoanalistas hace que ellos se consideren a sí propios como imprescindibles o, lo que tanto vale, como individuos *capaces de gestionar la salud de los otros*.

El *análisis didáctico* no combate, por consiguiente, la *tendencia a la heterogestión* que caracteriza, como intelectuales que son, a los analistas en general. De ahí que un elemento fundamental de la distorsión terapéutica y del bloqueamiento de la objetividad resulte intocado por el *análisis didáctico* y su pretensión de eliminar las perturbaciones contratransferenciales<sup>42</sup>. El *análisis didáctico*, para decirlo en una palabra, ignora el fenómeno de la *contratransferencia intelectual*.

9.- El *análisis didáctico* trata de limitar o de eliminar los elementos negativos y subjetivamente tergiversadores que trae consigo la contratransferencia. Así como en todo neurótico acaba por darse un desdoblamiento entre una parte de la personalidad que desea conservar y reproducir el "equilibrio" emanado de la enfermedad y otra que, basada en el principio de realidad, quiere subvertir las cosas y anular o restringir la presencia de los síntomas patógenos, en todo analista se presenta la dicotomización entre una

---

<sup>42</sup> Ya que, como escribiera Freud en carta a Binswanger: "No se es libre hasta que no se reconoce y supera cada manifestación de la propia contratransferencia", citado por Helmut Thöma y Horst Kächelle, op.cit., p.114.

tendencia consciente a la objetividad y una inconsciente inclinación a la distorsión subjetiva. La *tendencia consciente a la objetividad* entraña la pretensión que caracteriza siempre a la actividad científica: apropiarse cognoscitivamente del objeto de la reflexión, al tiempo de hacer a un lado, expulsar o reprimir todos los "aditamentos extraños" (Engels) que pueden perturbar, y de común perturban, la puesta en marcha de la cognición. La inconsciente inclinación a la distorsión subjetiva hace alusión al conjunto de sentimientos, prejuicios y emociones que embargan al analista "de cara" al paciente y con la propia historia de su neurosis personal auestas<sup>43</sup>. Lo ideal sería que la *tendencia a la objetividad* del analista se aliara siempre con el *yo demandante de equilibrio o de salud* del neurótico. Pero no es raro que, en vez de ocurrir lo anterior, la *inclinación a la distorsión subjetiva* del psicoanalista entre en complicidad con el *yo neurótico-conservador* del analizando. Pero esta "complicidad" suele resultar engañosa, ya que, en el análisis puede encarnar la doble ilusión de, primero, un analista que cree conscientemente que su *tendencia a la objetividad* se está aliando con la parte *demandante de salud* del paciente (cuando, de manera inconsciente, su inclinación a la distorsión subjetiva se ha vuelto cómplice del *yo neurótico-conservador* de su analizando) y,

---

<sup>43</sup> Sin olvidar la dinámica presencia de la *ideología psicoanalítica*, a la que ya aludí, en la psique del médico.

segundo, de un paciente que se imagina conscientemente que su *yó demandante de equilibrio* se halla en alianza con la *tendencia a la objetividad* de su analista (cuando en realidad su *yo neurótico-conservador* actúa inconscientemente como cómplice de la *inclinación a la distorsión subjetiva* de su analista).

10.- El psicoanálisis tradicional ofrece una ventaja sobre el autoanálisis espontáneo: en él aparece la transferencia del paciente y la posibilidad, a partir de ello, de profundizar en el tratamiento y de rastrear la etiología del o de los conflictos<sup>44</sup>. Pero el autoanálisis espontáneo -para no hablar del riguroso- ofrece, por su lado, una ventaja sobre el psicoanálisis común: en él se evita la *contratransferencia del analista y la inclinación a la distorsión subjetiva*<sup>45</sup> que comúnmente lo acompaña. La única posibilidad de un análisis en que de manera simultánea se conserve la *transferencia* (aunque en su modalidad de *transferencia endopsíquica*) y se eliminen las acciones perturbadoras de la *contratransferencia* (y de la ideología psicoanalítico-intelectual) la ofrece el *psicoanálisis autogestionario*.

---

<sup>44</sup> Siempre y cuando el paciente logre convertir la repetición en memoria o, lo que tanto vale, convertir la reedición inconsciente en edición consciente.

<sup>45</sup> Con inclusión de la *ideología psicoanalítica* y su tendencia a la heterogestión.

## CAPITULO II

### **SOBRE EL INFANTILISMO DE LA DEPENDENCIA**

1.- Arrancaré ahora de la diferencia que establece Freud entre neurosis y psicosis. Freud asevera que una "fórmula sencilla" en que se integra la "diferencia genética más importante" entre la neurosis y la psicosis es la siguiente: *"la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, y en cambio, la psicosis, el desenlace análogo de tal perturbación entre el yo y el mundo exterior"*<sup>46</sup>. Podríamos decir, por consiguiente, que, en tanto el trastorno neurótico no lesiona del todo la relación del yo con el mundo exterior, la psicosis arroja la consecuencia de una perturbación esencial entre el sujeto y el objeto. Las neurosis nacen a consecuencia de la negativa del yo, que se defiende mediante el mecanismo de la represión, a acoger una demanda pulsional del ello y procurar su descarga. Lo reprimido se rebela contra esta situación y procura una "satisfacción sustitutiva" (el síntoma) que se impone al yo como una transacción; el yo, que halla alterada y amenazada su unidad, continúa luchando contra el síntoma con el resultado del cuadro patológico de la neurosis. Aunque el trastorno neurótico se manifiesta, más que nada, como una antítesis entre el yo y el ello, no excluye, como es lógico, una

---

<sup>46</sup> Sigmund Freud, *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, "Neurosis y psicosis" (1924), Editorial Alianza, Madrid-B.Aires, 1988, p.692.

cierta relación conflictiva con el mundo exterior, y es que "al proceder el yo a la represión obedece en el fondo a los mandatos del *superyó*, los cuales proceden a su vez de aquellas influencias del mundo exterior que se han creado una representación en el *superyó*"<sup>47</sup>. En la neurosis, el yo se pone de lado del *superyó* en contra del *ello*.

En la psicosis<sup>48</sup> la percepción del mundo exterior cesa del todo o permanece por completo ineficaz. En la amnesia no sólo queda excluido el acceso de nuevas percepciones, sino que el yo se procura un nuevo mundo exterior e interior. En las psicosis hay siempre este esquema: *aislamiento respecto al mundo-invencción de un nuevo mundo*. La invención del nuevo mundo, disociado del mundo real, es construido de conformidad con las tendencias optativas del *ello*<sup>49</sup>. Según Freud, a pesar de las diferencias entre la neurosis y la psicosis, ambos trastornos tienen una etimología común: el incumplimiento de uno de los deseos infantiles, de origen pulsional, que arraigan en nuestra organización psíquica. La diferencia del efecto patógeno en un caso y en otro "depende de que

---

<sup>47</sup> Sigmund Freud, Los textos fundamentales del *psicoanálisis*, "Neurosis y psicosis" (1924), Editorial Alianza, Madrid-B.Aires, 1988, p.692.

<sup>48</sup> Por ejemplo en la *amencia de Meynert* cuya confusión alucinatoria representa probablemente la forma más extrema de la psicosis.

<sup>49</sup> Freud dice que el paranoico edifica su mundo "mediante el trabajo de su delirio" y hace ser que el delirio "*es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción*", "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", *S.Freud Obras Completas*, T.XII, op.cit. p.65.

el yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al *ello* (caso de la neurosis), o que, por lo contrario, se deje dominar por el *ello* y arrancar así a la realidad (caso de la psicosis)"<sup>50</sup>. Dicho de otro modo, en la neurosis, el yo sacrifica al *ello* por la realidad, y en la psicosis, el yo sacrifica a la realidad por el *ello*.

Freud es de la opinión, por otro lado, de que, en lo que a la clasificación de los trastornos psíquicos se refiere, no sólo hay que tomar en cuenta, al yo, al *ello* y al mundo exterior, sino también al *superyó*, que constituye "un modesto ideal hacia el que tienden todas las aspiraciones del yo"<sup>51</sup>. Si tomamos en cuenta esto último las cosas quedan como sigue: "La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el *yo* y el *superyó*, y la psicosis al conflicto entre el *yo* y el mundo exterior"<sup>52</sup>. Deseo advertir, antes de continuar, que Freud busca establecer una clasificación de los trastornos psíquicos a partir de un claro criterio: la existencia, por un lado, de un individuo y un mundo exterior y la presencia, por otro, de "tres reinos" en el aparato psíquico del individuo: el yo, el *ello* y el *superyó*<sup>53</sup>.

---

<sup>50</sup> Sigmund Freud, *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, op.cit., p.694.

<sup>51</sup> Ibid., p. 694.

<sup>52</sup> Ibid., pp. 694-695.

<sup>53</sup> Esto ocurre, desde luego, cuando Freud elabora su segunda tónica. La explicación de las neurosis y psicosis difiere un tanto cuando Freud sólo manejaba la primera tónica. De las neurosis dice, por ejemplo: "La existencia de unos síntomas neuróticos nos muestra que los dos sistemas (el de lo inconsciente y el de lo preconscious, EGR) se encuentran en conflicto recíproco", "Sobre la psicología de los procesos oníricos", S. Freud Obras Completas, T.V, op.cit., p.572.

En todo lo precedente se ha visto que la pérdida de realidad sería un fenómeno característico de la psicosis pero no de la neurosis<sup>54</sup>. No obstante, estas conclusiones no parecen conciliables con la experiencia de que las neurosis perturban la relación del enfermo con la realidad. La contradicción aparente entre la afirmación de que la neurosis se caracteriza por un conflicto entre el yo -acicateado por el *superyó*- y el *ello* (sin que la relación *individuo/mundo exterior* sea aquí el factor prevaleciente) y la aseveración de que en toda neurosis, como lo demuestra el análisis y la experiencia, hay una perturbación entre el sujeto y el mundo externo, subsiste sólo "mientras nos limitamos a considerar la situación inicial de la neurosis, en la cual el yo lleva a cabo la represión de una tendencia pulsional obedeciendo a los dictados de la realidad. Pero esto no es todavía la neurosis misma"<sup>55</sup>. ¿En qué consiste, entonces, la neurosis? Consiste más bien, aclara Freud, "en los procesos que aportan una compensación a la parte perjudicada del *ello*; esto es, en la represión y en su fracaso. El relajamiento de la relación con la realidad es luego la consecuencia de este segundo paso en la producción de la neurosis"<sup>56</sup>. Si tomamos en consideración, por consiguiente, el proceso de la

---

<sup>54</sup>Sigmund Freud, *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis" (1924), op.cit., p.697.

<sup>55</sup> Ibid., 698.

<sup>56</sup> Ibid., 698.

neurosis en conjunto -y no sólo en su situación inicial-advertimos que el proceso *pulsión/represión/frustración/ compensación* implica un "relajamiento de la relación del neurótico con la realidad. Pero el relajamiento de la relación del neurótico y de su medio ambiente no puede identificarse con la tajante disociación del psicótico y el mundo exterior ya que, en el primero, "la pérdida de la realidad recae precisamente sobre aquella parte de la realidad a cuya demanda fue iniciada la represión pulsional"<sup>57</sup>. En una neurosis plenamente estructurada, el yo no sólo reprime, entonces, un impulso emanado del ello sino el objeto o la meta al que tiende la pulsión y que se halla en el mundo externo. Tal es, por consiguiente, la explicación de por qué en el neurótico aparece un relajamiento de la relación del individuo con la realidad que, siendo parcializada, no puede asimilarse, sin embargo, con la pérdida brutal de la relación con el mundo exterior que peculiariza a las parafrenias alucinatorias.

La psicosis se caracteriza por dos avances: el primero lleva a arrancar al yo de la realidad y el segundo conduce a la "creación de una nueva realidad exenta de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía"<sup>58</sup>. La psicosis implica, por así decirlo, un "cambiarse de habitación" o trasladarse desde el mundo desagradable de la

---

<sup>57</sup> Ibid., 698.

<sup>58</sup> Ibid., 699. Es lo que suele denominarse la "construcción delirante".

realidad ajena y hostil hasta el mundo inventado por la imaginación psicótica<sup>59</sup>. En fin de cuentas, entonces, "la neurosis no reniega de la realidad; se limita a no querer saber de ella. La psicosis la reniega e intenta sustituirla"<sup>60</sup>. El proceso perceptivo es reemplazado, en la psicosis, por la función alucinatoria. Pero ello se halla acompañado de grandes explosiones de angustia<sup>61</sup>. La angustia es, sin duda, un común denominador de la neurosis y de la psicosis, pero el por qué de su emergencia -para no hablar de la intensidad que la acompaña- difiere en un caso y otro: "En la neurosis vemos surgir una reacción de angustia cada vez que la pulsión reprimida trata de llegar a la conciencia... En la psicosis, el trozo de realidad rechazado trata probablemente de imponerse de continuo a la vida anímica, como en la neurosis la pulsión reprimida, por esta razón surgen en ambos casos las mismas consecuencias"<sup>62</sup>.

2. Los conflictos psicógenos ofrecen, a mi entender, dos clases de diferencias: *diferencias sintomatológicas* y *diferencias estructurales*. Las primeras, que tienen un *carácter específico*, se dan al interior de las segundas, que presentan un *carácter genérico*.

---

<sup>59</sup> Que es, me parece, una modalidad de lo que llama Freud "la fantasía inconsciente".

<sup>60</sup> Ibid., p.700.

<sup>61</sup> "Si los recuerdos falsos, los delirios y las alucinaciones muestran un carácter tan penoso en tantas formas y casos de psicosis acompañadas de angustia, habremos de ver en ello un indicio de que todo el proceso de transformación se realiza contra la intensa oposición de poderosas energías", Ibid., p.700.

<sup>62</sup> Ibid., pp.700-701.

De común acuerdo con los planteamientos freudianos y con la sugerencia de que el deslinde entre la neurosis y la psicosis debe ser hecha a partir de las relaciones y conflictos entre el yo y el ello, por una parte, y entre el yo y la realidad externa, por otra, pienso que las *diferencias estructurales*, de carácter genérico, de los conflictos psicógenos se definen en función del grado de apertura que el individuo muestra respecto a la realidad y de la naturaleza de esta vinculación. Las *diferencias sintomatológicas*, de carácter específico, de los conflictos psicógenos aluden, en cambio, a aquellos padecimientos que, encuadrados en las neurosis o en las psicosis, esto es, en las diferencias estructurales, se distinguen por sus síntomas y por todos y cada uno de los caracteres que diferencian una enfermedad de otra. las fobias y obsesiones, por ejemplo, acusan *diferencias sintomatológicas dentro de las neurosis*. Las esquizofrenias y las paranoias, lo hacen *dentro de las psicosis*. Y entre las neurosis y las psicosis hay *diferencias estructurales*.

Vistas de manera más detallada y profunda, las *diferencias estructurales* que presentan los padecimientos psíquicos pueden ser las siguientes:

- A) Neurosis de transferencia,
- B) Psiconeurosis fronterizas y
- C) Psiconeurosis narcisistas o psicosis

A) Convengo con Freud en que, en las *neurosis de transferencia*, lo decisivo es una contradicción inicial entre el yo y el ello y una reconfiguración del aparato psíquico a partir de tal choque -desorden que acaba por estabilizarse en un *equilibrio neurótico*. Pero me gustaría añadir que el yo ha sido desdoblado por la enfermedad -concretamente por la angustia que trae consigo el conflicto- en un *yo neurótico-conservador* y en un *yo demandante de un sano equilibrio*. En las neurosis, el *yo demandante de equilibrio* ha sido destronado y arrojado del poder por parte del *yo neurótico-conservador*, que no es otra cosa que un yo generado en y por el equilibrio morboso que trae consigo el padecimiento neurótico. Tras de esto, el *yo demandante de un sano equilibrio* pasa a la situación de dominado. La diferencia entre un yo y el otro es evidente: el *yo neurótico-conservador* es un celoso guardián de las consecuencias neuróticas derivadas de la antítesis del yo y el ello. El *yo demandante de equilibrio* es, en cambio, un permanente y a veces entusiasta impugnador del *establishment* psicológico producido por la neurosis de transferencia<sup>63</sup>. El *yo demandante de equilibrio* se halla, sin embargo, dominado. Tiene que luchar desde la oposición. Sabe, o

---

<sup>63</sup> En ocasiones, sin embargo, el *yo demandante de equilibrio* puede ser presa de desánimo y escepticismo y, al igual que una oposición política, puede ser mediatizado por la neurosis en el poder. Más adelante volveré sobre esto.

debe terminar por saber, que su enemigo principal es aquel yo que, desde el poder, defiende los "intereses" de la neurosis. Por fortuna, el *yo demandante de equilibrio* conserva ciertos elementos importantes del principio de realidad y un radio de acción que le permiten escapar del sojuzgamiento radical y emprender una lucha sin cuartel contra la neurosis y su representante yoico<sup>64</sup>.

B) En el caso de las *psiconeurosis fronterizas*<sup>65</sup> existe, de manera simultánea, aunque cambiante, un conflicto del yo y el ello (como en las neurosis de transferencia) y un conflicto del yo y la realidad (como en las psicosis). En este caso, el *yo demandante de equilibrio* no sólo es dominado sino que pierde su libertad, es prisionero o encapsulado hasta perder o desvanecerse en grado importante su principio de realidad y su radio de acción en el aparato psíquico. En las *psiconeurosis fronterizas* hay un *yo patológico-conservador* que en sus manifestaciones menos graves actúa como *yo neurótico* y en sus casos más severos lo hace como "*yo*" *psicótico*. La lucha del *yo demandante de*

---

<sup>64</sup> De pasada diré que en la lucha entre el *yo demandante de equilibrio* y el *yo neurótico-conservador* puede haber un momento -en el proceso terapéutico- en que haya un cierto equilibrio transitorio, algo así como una especie de "dualidad de poderes" donde el desenlace se encuentre paralizado y no se pueda hablar aún de vendedores y vencidos. Es importante reflexionar sobre esta situación, porque si no hay una intervención enérgica del *yo demandante de equilibrio*, el *yo neurótico-conservador* puede aprovechar la situación para acumular fuerzas y acabar por hacerse de nuevo del poder.

<sup>65</sup> Los llamados estados límite o *border line*.

*equilibrio* es, en general, más difícil, larga y compleja en el caso de estas *psiconeurosis fronterizas* que en el de las *neurosis de transferencia*, en virtud de que no sólo debe tratar de pasar de dominado a dominante sino de prisionero a libre<sup>66</sup>.

C) En Lo que a *las psiconeurosis narcisistas o psicosis* se refiere, me parece también acertada la concepción freudiana de que lo decisivo en ella son tres aspectos: un conflicto entre el yo y la realidad, la dominación de todo el aparato psíquico por el ello y la sustitución de la realidad objetiva por "otra" realidad. En los casos más graves de psicosis no hay un yo contrapuesto al mundo, sino una desaparición simultánea del mundo y del yo. En este caso de "evaporación del yo" -debido a una lesión cerebral, etc.- no hay un desdoblamiento del yo en una parte conservadora del conflicto y un yo *demandante de un equilibrio sano*. En vez de eso hay un *estado psicótico-conservador* que separa al individuo de la realidad. En otros casos hay un "yo" *psicótico-conservador* que es dueño de la escena. Este "yo" no sólo se separa del mundo y baja la guardia ante el acoso multipulsional del ello, sino que pone en juego su imaginación psicótica e inventa "otro" mundo<sup>67</sup>. En las psiconeurosis narcisistas de este tipo el yo demandante de realidad está

---

<sup>66</sup> Libre, aunque dominado.

<sup>67</sup> La diferencia entre estado psicótico y "yo" psicótico es obvia: mientras el estado psicótico carece de imaginación psicótica y no puede inventar "otro" mundo, el "yo" psicótico crea, sí, con su imaginación psicótica, "otro" mundo.

más que dominado o prisionero, aplastado por el "yo" *psicótico-conservador*.

Conviene subrayar que las *diferencias estructurales* de los conflictos psicógenos implican diferencias terapéuticas genéricas. No hay, como es lógico, un mismo tratamiento para las neurosis de transferencia, para las psiconeurosis fronterizas y para las psiconeurosis terapéuticas específicas. No hay, como también es evidente, un tratamiento igual para la histeria de conversión, la histeria de angustia o las neurosis obsesivas, etc.

Las diferencias terapéuticas genéricas nos muestran que:

- a) en lo que a las *neurosis de transferencia* se refiere, debe pugnarse porque el *yo demandante de equilibrio* pase de dominado a dominante.
- b) en lo que a las *psiconeurosis fronterizas* se refiere, debe pugnarse porque *el yo demandante de equilibrio* (apresado por el "yo" *patológico-conservador*) se libere y conquiste un radio de acción: *programa mínimo*. Y, una vez logrado esto, que transite, como en el caso anterior, de dominado a dominante: *programa máximo*,
- c) en lo que a las *psiconeurosis narcisistas* se refiere, debe trabajarse para que el *yo demandante de equilibrio* "nazca" -si no ha tenido lugar de hacerlo- o "resucite" -si ha sido aplastado por

el "yo" *psicótico conservador*<sup>68</sup>. La lucha presenta no dos fases, como en el caso anterior, sino tres: 1. *Programa mínimo inicial*: "dar existencia" o "resucitar" al yo demandante de equilibrio. 2. *Programa mínimo posterior*: luchar porque el yo demandante de equilibrio "recién nacido" o "recién resucitado" no sea apresado o encapsulado -como tiende a estarlo en todo estado *border line*- por el "yo" *patológico-conservador*. 3. *Programa máximo*: pugnar porque el yo demandante de equilibrio -"existente" o "resucitado" de conformidad con la primera lucha- y dueño de cierto radio de acción y principio de realidad -resultado de la segunda- de dominado que es o continúa siendo, pase finalmente al estado de dominante.

Varias observaciones:

Primera: en los casos b y c debe tratar de evitarse, en lo posible, el gradualismo. No es obligatorio, por ejemplo, que quien padece de una psicosis transite primero a una psiconeurosis fronteriza, después a una neurosis de transferencia y después y sólo después a la organización del aparato psíquico a partir de que el yo demandante de equilibrio logre dominar la escena. Ni es obligatorio que quien padece una psiconeurosis fronteriza

---

<sup>68</sup> Aquellos casos en que, en lugar de existir un "yo" (aunque psicótico), predomina un *estado psicótico-conservador* escapan, sin duda, al análisis. Salvo que la neurofisiología y la psiquiatría clínicas creen las condiciones -mediante la utilización de la cirugía, etc.- para la reconstrucción de una instancia yoica.

transite a una neurosis de transferencia y de ahí a una posición "saludable".

Segunda: la tendencia al gradualismo debe combatirse resueltamente en el sentido de que, al luchar por la obtención del "programa mínimo", hay que crear simultáneamente las condiciones para "saltar" al "programa máximo" (caso b) y de que al pugnar por la conquista del "programa mínimo inicial" hay que sentar las bases para luchar por un "programa mínimo posterior" que lleva en sí también las premisas del "programa máximo" (caso c).

Tercera: soy de la opinión de que conviene emplear dos conceptos de diferente significado *\_condicionamiento\_* y *determinación-* para aprehender el tipo de vinculación existente entre los conflictos psicógenos y el sistema neurofisiológico. En un número importante de casos, lo bioquímico *determina* el trastorno mental. En otros casos, sólo lo condiciona. En las psiconeurosis fronterizas y, sobre todo, en las psicosis al aparecer la intervención de lo neurofisiológico es decisiva: los padecimientos psíquicos se hallan *determinados*, en medida importante, por una disfunción del cuerpo<sup>69</sup>. En el caso de las neurosis de transferencia parece ser

---

<sup>69</sup> Christian Müller dice respecto a la esquizofrenia: "El mundo psiquiátrico está dividido: hay extremos; por una parte, investigadores muy serios y muy competentes, apoyados en los resultados de ciertos exámenes bioquímicos de laboratorio, dicen que el origen de esta, entre comillas, "enfermedad" es orgánico, biológico. Hay ciertas pruebas de que, en las personas en su vida, temprana o tardíamente, hay un defecto en el metabolismo cerebral. Y hay otro grupo, igualmente extremista si me atrevo a decirlo, que lo niega, y

que, en lo fundamental, la acción de lo neurobiológico sobre el conflicto de la psique es una acción de *condicionamiento*. Esta es la razón por la cual Freud pensó que el psicoanálisis se podía llevar a cabo con los neuróticos, pero no con los psicóticos<sup>70</sup>. Aunque Freud, en su obra sobre el caso de Schreber, mostró que el psicoanálisis puede ayudar a aclarar el contenido de ciertas formas patológicas extremas como son la amencia, la esquizofrenia y la paranoia "no reivindicó -apunta Anna Freud- ninguna terapia sobre la base de esta comprensión. Estaba convencido de que los psicóticos carecen del requisito fundamental que hace a un paciente apto para la terapia psicoanalítica: un yo más o menos normal, que ha conservado la capacidad para la prueba de la realidad"<sup>71</sup>.

Cuarta: el concepto de *condicionamiento bioquímico* que propongo no debe confundirse con la noción similar emanada de la teoría idealista del paralelismo psico-somático. El cuerpo humano en general, y el sistema neurofisiológico en particular, es no sólo la *sede* en que reposa y opera la vida psíquica del individuo -con

---

afirma que el problema de la esquizofrenia es un problema puramente social y psicológico, que se trata de consecuencias lejanas de influencias precoces, especialmente en el contexto familiar, de experiencias sufridas durante los primeros años de la vida... para mí, se trata de posiciones extremas y creo que la verdad está entre las dos", en Jacques Adout, *¿Las razones de la locura?*, F.C.E., México, 1986, p.57.

<sup>70</sup> Freud escribe: "La pérdida de realidad sería un fenómeno característico de la psicosis y ajeno, en cambio, a la neurosis", Sigmund Freud, *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, op.cit., p.697.

<sup>71</sup> Ibid., p.688.

inclusión de sus perturbaciones-, sino el *campo dinámico* que ofrece el plexo de pulsiones -con la *impulsividad* a ellos aparejada- que constituye la caldera del ello.

Quinta: creo que tanto la *determinación* como el *condicionamiento* intervienen en las *neurosis de transferencia*, las *psiconeurosis fronterizas* y las *psiconeurosis narcisistas*. Pero lo hacen de manera distinta: en las neurosis, aunque haya a veces ciertos elementos (propensión a...) que probablemente tienen su origen en una *determinación* orgánico-biológica, predomina sin duda el *condicionamiento*. En el otro extremo, en la psicosis, aunque hay algunos elementos que se hallan *condicionados* por lo social y familiar, parece predominar o, al menos, jugar un papel decisivo la *determinación* somática. El lugar intermedio de la *psiconeurosis fronteriza* la convierte en un padecimiento en el que, de manera aproximadamente equilibrada, intervienen tanto el *condicionamiento* como la *determinación*.

Sexta: el psicoanálisis se enfrenta antes que nada a los trastornos del pensar y del actuar que se hallan sólo *condicionados* por el *campo dinámico* de la organización somática. El psicoanálisis no puede modificar o eliminar directamente aquellos padecimientos psíquicos que están *determinados* por una disfunción neurofisiológica. En este sentido, su intervención en las *neurosis de*

*transferecia* es decisiva; éstas constituyen por así decirlo, su radio de acción natural. Pero también el psicoanálisis puede colaborar -con la psiquiatría- en la terapia de los casos fronterizos y psicóticos si examina, por un lado, aquellos elementos del cuadro patológico que no están *determinados* por la disfunción orgánica, sino sólo *condicionados* por ella, y si trabaja, por otro, la manera en que el *yo demandante de equilibrio* deber acomodarse, situarse, ubicarse frente a las *propensiones* o *tendencias* emanadas de la acción severa de la *determinación* neurofisiológica.

3. La terapia de nuevo tipo que propongo supone y exige una ubicación del paciente distinta a la habitual, no sólo en relación con el análisis y consigo mismo, sino respecto a los conflictos patógenos.

En el capítulo anterior examiné con detenimiento cómo el individuo que padece tales o cuales trastornos psíquicos debe luchar tanto por reestructurar su aparato psíquico<sup>72</sup>, como para aprender -intelectual y emocionalmente- a considerar al analista como un medio o un instrumento (casi estoy tentado a decir: como un mero pretexto) para que el paciente logre llevar a cabo un *autoanálisis metapsicológico*. El *psicoanálisis autogestionario* -que implica la relación *analista mayéutico/paciente*- persigue más que la desaparición de los síntomas patógenos o el restablecimiento de la "salud", la preparación intelectual y anímica

---

<sup>72</sup> Tratando, por ejemplo, de que el *yo demandante de equilibrio* dominado se imponga sobre el *yo neurótico-conservador* dominante.

del individuo para combatirlos por sí mismo con éxito. *El fin del psicoanálisis autogestionario es, pues, el autoanálisis.* Pero no el autoanálisis espontáneo, epidérmico y en fin de cuentas conformista, sino un autoanálisis profundo, riguroso e implacable.

Para que el neurótico pueda *ubicarse* correctamente en relación consigo mismo y con su analista, se precisa también que este último se *reubique* acertadamente respecto a su paciente y a sí propio. Esta *reubicación* tiene que ser hecha en función y bajo la guía de una teoría y una práctica autogestionarias. No se trata de arrojar al enfermo al *laissez faire* o a "la mano de Dios", sino de colaborar con él en la conformación de una disposición anímica o un estado psíquico donde pueda obrar de manera fecunda su autodeterminación. El psicoanalista debe *promover* la nueva ubicación del enfermo consigo mismo y con el analista<sup>73</sup>. Pero, para poder hacer esto, él tiene que cambiar, modificar su manera habitual de ver las cosas, abandonar sus prejuicios y privilegios. La finalidad fundamental de su participación terapéutica no es sólo "curar" o aliviar, sino *promover en el paciente la posibilidad y la necesidad de hacerlo por sí mismo.* El enfermo no es, no debe ser, el *objeto* de su terapia, sino la base de una práctica que pugna por convertirlo en *sujeto* de su propio restablecimiento.

---

<sup>73</sup> Me gustaría subrayar que, a mi entender, no sólo el analista autogestionario debe sentar las bases para la autonomización de su paciente, sino que este último debe coadyuvar a que el analista reemplace el "paternalismo de la heterogestión" por una actividad psicopromotora fundada en el análisis mayéutico.

Encuentro indudable paralelismo entre el *psicoanálisis autogestionario* y la *autogestión social* como la concibo. Paralelismo que se funda no en una mera analogía, sino en el hecho de que ambos niveles participan de una estructura común. Me explicaré. En las ciencias sociales, y en lo que a la teoría de la organización política de lucha se refiere, existen dos concepciones contrapuestas: a) la teoría del partido, de la necesidad de formar una *vanguardia* que dirija el proceso de cambio y combata las limitaciones y la concepción artesanal de lucha de los trabajadores, b) la *teoría espontaneísta*, enemiga de toda centralización, que confía en que las masas y su iniciativa lograrán dismantelar el régimen opresor existente y reorganizar la sociedad de modo profundamente democrático. Ambas teorías me parecen erróneas y puestas al servicio de intereses distintos. La primera tiene la virtud de ser, o tender a ser, francamente *destructiva*: los únicos ejemplos que registra la historia de destrucción del capitalismo y de su sustitución -por más que no tenga garantizada su definitividad- por un sistema no capitalista<sup>74</sup>, son aquellos en que una fuerza centralizada, de carácter vanguardista, dirigió a los trabajadores en su lucha. Pero también la historia demostró que ese vanguardismo, esa heterogestión, terminó por sustituir a las masas, por reemplazar al pueblo y por llevar al poder a la *clase intelectual* y a sus

---

<sup>74</sup> Aunque tampoco *socialista*, en el sentido básico del término.

sectores *burocrático* y *tecnocrático*. La segunda teoría tiene la virtud de desconfiar de toda vanguardia, de todo centro dirigente. Es una teoría consciente de los peligros de lo que he llamado *la revolución proletario-intelectual*, es decir, de la revolución hecha *por* los trabajadores de la ciudad y el campo, dirigidas por la intelectualidad revolucionaria, que temrina por llevar al poder a una nueva clase explotadora: la *clase intelectual*<sup>75</sup>. Pero es una teoría que, a diferencia de la precedente, carece de poder *destrutivo*. Ni destruye el capitalismo, ni construye el socialismo. Su lucha sólo influye, modifica tales o cuales aspectos de la realidad social. Pero no rompe con al esencia del estado de cosas existentes. Es, pues, como diría Lenin, una lucha *burguesa* de los trabajadores. Si el contenido de clase del vanguardismo -independientemente de lo que dice ser- es *intelectual*, al contenido de clase del espontaneísmo -también con independencia de lo que pretende ser- es en fin de cuentas *burgués*. La contradicción entre estas dos posturas sólo puede ser superada si *producimos* un campo teórico-práctico en el que sus virtudes se articulen y sus defectos se desechen.

La contradicción entre *vanguardismo/espontaneísmo* sólo puede superarse en verdad mediante una teoría que sustente la necesidad de *promover* (no dirigir) *la autoorganización*.

---

<sup>75</sup> Consúltese mi texto *La revolución proletario- intelectual*, Ed. Diogenes.

Frente al espontaneísmo radical, levanta la necesidad de la *promoción*<sup>76</sup>. Frente al dirigismo vanguardista, yergue la necesidad de la *autoorganización*. La tesis que propongo de la *promoción de la autoorganización* implica, en cierto sentido, ir desde una especie de heterogestión a la autogestión; pero, ojo con ello, de una "heterogestión" de nuevo tipo porque es una "heterogestión" *promotora*. No es la heterogestión que se absolutiza, se contrapone a lo heterogestionado, se vuelve en imprescindible y reproduce sin cesar las condiciones de su predominio, sino que es una "heterogestión", para llamarla provisionalmente así, que, en y por la autoorganización que promueve, está destinada a desaparecer. Una "heterogestión" promotora que se perpetuara no sería lo que dice ser, sino que devendría una heterogestión a secas.

En el tratamiento psicológico también se pueden perfilar dos posiciones falsas: a) la concepción de un psicoanálisis autoritario. El analista ejerce aquí una terapia de carácter "dirigista" y adoctrinante. Es un médico que lucha por obtener la *curación* o el alivio del paciente, b) la concepción de que el enfermo debe echar mano del autoanálisis espontáneo para combatir sus conflictos. Ambas posiciones tienen también sus virtudes y defectos. La tendencia

---

<sup>76</sup> 0, de ser posible, claro, de la *autopromoción*.

heterogestionaria tiene el mérito de que su psicoterapia se funda en una psicología profunda, en una metapsicología capaz de rastrear los orígenes del conflicto y posibilitar con ello la desaparición de los síntomas neuróticos o psiconeuróticos. Adolece de la limitación o de la falla de que, tanto por la actitud *intelectual* del analista como del comportamiento del paciente, genera una franca dependencia de éste con aquél. La tendencia espontaneísta tiene la virtud de pretender, con base en las propias fuerzas del neurótico, resolver los conflictos y deshacer los síntomas patógenos. Tiene el defecto fundamental de que, por operar mediante un autoanálisis espontáneo o una introspección de superficie, está lejos de modificar el equilibrio patógeno y termina por ser una teoría vulgar y una práctica conformista con los conflictos psicógenos que aquejan al individuo. La superación de ambas tendencias, es decir, la articulación de sus virtudes y la eliminación de sus errores, lo ofrece el *psicoanálisis autogestionario*. También aquí se pretende ir desde la "heterogestión" hasta la autogestión. Por eso se puede decir que *el fin del análisis es el autoanálisis*. Pero la "heterogestión" de la que echa mano inicialmente el psicoanálisis no es la heterogestión dirigista que caracteriza al narcisismo del intelectual<sup>77</sup> sino una "heterogestión" *promotora* llamada a suspenderse o retraerse en el momento en que el neurótico esté

---

<sup>77</sup> Y que funda lo que llamo la *contratransferencia intelectual* del analista.

capacitado intelectual y, sobre todo, emocionalmente para resolver sus conflictos por medio de un *autoanálisis metapsicológico*.

Es importante dejar en claro, sin embargo, que no todas las enfermedades pueden ser tratadas de manera igual. No es posible, por ejemplo, aplicar una "heterogestión" *promotora* cuando en el aparato psíquico del enfermo no existe la posibilidad de una "respuesta" a la promoción. La "heterogestión" *promotora* arranca del supuesto de que una parte en el paciente -*el yo demandante de equilibrio*- ha logrado hacerse de un *incentivo* capaz de "oír las voces" de la necesidad de emprender la ruta del autoanálisis metapsicológico. La "heterogestión" *promotora* de la *autogestión* es posible en un neurótico; pero no lo es, por lo menos de manera inmediata, en un psicótico. Como se sabe, en las neurosis hay un conflicto entre el yo y el ello. No se trata -o al menos no se *trata en lo esencial*- de un conflicto del yo y la realidad externa. Esta es la razón por la cual en todas las neurosis actuales y en todas las psiconeurosis hay un *yo demandante de equilibrio sano*, animado por el principio de realidad, a quien le es dable comunicarse con el mundo y "abrirse" a las sugerencias del analista. En las *psicosis*, en cambio, hay un choque entre el yo y la realidad exterior. Esto hace que el *yo demandante de equilibrio* (sano) o nunca ha existido o fue aplastado por la emergencia y expansión de la enfermedad. En el psicótico no hay ninguna parte

que, basada en el principio de realidad, pueda comunicarse con su entorno y "prestar oído" a las recomendaciones del médico. El *psicoanálisis autogestionario* no renuncia, sin embargo, al propósito de prestar ayuda al psicótico. Y esto es posible, en el sentido que voy a indicar, con la excepción de casos muy severos en que la psicosis está *determinada* evidentemente por una disfunción neurofisiológica. El analista de tendencia autogestionaria, consciente de que en la *psicosis* no hay un yo demandante de equilibrio y, por ende, de que no tiene en el aparato psíquico del enfermo un aliado para su función terapéutica, se propone, antes que nada y como condición obligatoria para todos los pasos curativos subsiguientes, coadyuvar al nacimiento o renacimiento de ese *yo demandante de equilibrio* que, fundado en el principio de realidad, pueda trabajar a favor de una reestructuración de la psique. La labor de un analista con un psicótico no puede ser, inicialmente, sino *heterogestionaria* por la sencilla razón de que en el aparato anímico del enfermo no hay ninguna parte capaz de autogestionarse a favor de un desenlace curativo. El psicoanalista autogestionario se ve en la necesidad, por consiguiente, de coadyuvar a "dar a luz" en el psicótico al *yo demandante de equilibrio* para que, una vez surgido éste, pueda el analista ejercer la "heterogestión" *promotora* llamada a posibilitar el *autoanálisis metapsicológico* o, lo que es

igual, la finalidad última y superior que busca el *psicoanálisis autogestionario*.

La psicosis trae consigo, ya lo dije, un aislamiento del individuo respecto al mundo exterior; pero no sólo eso, sino también la invención, por parte del psicótico, de un mundo propio, cerrado, con su propia lógica, sus valores peculiares, su "concepción" única del mundo<sup>78</sup>. En la psicosis todo el aparato psíquico se deja dominar por el ello, el cual echa mano de la facultad que me gustaría llamar *imaginación psicótica*, la cual tiene como función crear un "mundo" hecho a imagen y semejanza de los deseos del ello y que no tiene nada que ver, o muy poco, con el mundo real. En la psicosis, no sólo predomina el ello o toma el poder el inconsciente, sino que el yo se encoge hasta desaparecer<sup>79</sup>. El mundo del psicótico tiene su propia lógica. El autista no habla con los otros pero tiene un "lenguaje interior". El esquizofrénico y el paranoico, echando a volar su imaginación psicótica (a la que Freud llama simplemente *delirio*) "inventan" el mundo -como intento de

---

<sup>78</sup> Jung lo dice de esta manera: "Gracias a múltiples trabajos psicoanalíticos sobre enfermos de esta clase, hemos descubierto que la falta de adaptación exterior queda compensada por un aumento progresivo de la actividad de la fantasía, que puede ir tan lejos que llega el día en el cual el mundo de ensueños posee ya más valor de realidad para el enfermo que la realidad exterior", Carl Gustav Jung, *Teoría del psicoanálisis*, Plaza & Janes Editores, S.A., 1991, Barcelona P. 73.

<sup>79</sup> Agnes Contat, especialista en terapia psicomotriz en París, llega a decir que los psicópatas "ya no son ni siquiera una pequeña parte de sí mismos, a tal extremo que sin el "yo", sin ser nada, no tienen como conjunto de su cuerpo, no vive su cuerpo, no se vive "él". Así pues, sin relación consigo mismo ¿cómo puede establecer relaciones con el `otro'!!", en *¿Las razones de la locura?* op.cit., p.124.

falsa curación- y lo dotan de una lógica enigmática para los otros y que responde a las necesidades del estado psicótico. Este mundo se halla clausurado para la lógica común y corriente, para la "sensatez" esperada, para el principio de realidad. Es un mundo que aparece, ante el individuo "normal" o el psiquiatra involucrado en su terapia, como un mundo extraño, con un código en apariencia indescifrable, con un lenguaje, una lógica, un horizonte de referencias y símbolos que escapan a la "mirada" ajena<sup>80</sup>. El psicoanalista autogetionario -como por lo demás todo psiquiatra y psicoanalista- se ve en la necesidad de esforzarse por "entender" el enigmático código de la parafrenia, la amencia o el autismo; debe pugnar por aprender el "idioma extranjero" de la psicosis o poner todo su entusiasmo, paciencia y conocimientos en la interpretación correcta de los jeroglíficos de la turbulencia psicótica<sup>81</sup>. El fin de esta "lectura" del padecimiento es sentar las bases para la lucha a favor de la génesis o resurgimiento del yo; pero no de un yo pasivo y conformista, sino de un *yo demandante de equilibrio*. El papel del analista *mayéutico*, cuando se enfrenta al

---

<sup>80</sup>Edith Kleiber escribe, por ejemplo: "Un loco decía que había dado un extremo de su columna vertebral a su padre y que por eso estaba mal, que era preciso que él tuviera hijos para poder tomar un extremo de la columna vertebral de su hijo y que así mejoraría", Ibid., p.144. Adviértase que aquí el delirio es evidente, la falta del sentido de realidad ostensible; pero al propio tiempo, hay una cierta lógica que no puede o no debe pasar inadvertida.

<sup>81</sup> Esta lucha es, desde luego, extremadamente difícil y, por desgracia, destinada al fracaso con frecuencia. Pero, con el auxilio de la neurología moderna, la única vía para tratar con algún éxito estos casos.

tratamiento de un psicótico, es, pues, coadyuvar a la generación, en el aparato psíquico del enfermo, de un asidero para la terapia, de un cómplice para la gestión terapéutica, de un aliado para la lucha en contra de la opresión patógena. Ciertamente, la labor del analista en este caso tiene que ser heterogestionaria, como ya dije, porque no existe en el paciente un *yo demandante de equilibrio* (sano) que pueda tomar en sus manos su propia terapia; pero es una heterogestión que se propone antes que nada, si resulta posible, coadyuvar a la emergencia de aquella parte en el enfermo que puede asumir el proceso curativo de manera autogestionaria. Es, entonces, sí, una "heterogestión" *promotora*; pero la "heterogestión" promotora que hace suya el analista *mayéutico* difiere cualitativamente si el paciente es neurótico o si es psicótico<sup>82</sup>. Si el enfermo es neurótico, la "heterogestión" *promotora* es inmediatamente *autogestionaria*, es decir, es una "heterogestión" que, en alianza con el *yo demandante de equilibrio*, tiene como finalidad *promover* o suscitar la autogestión terapéutica en el paciente. Si el enfermo es psicótico, la "heterogestión" *promotora* es mediatamente *autogestionaria*, es decir, es una "heterogestión" que tiene como finalidad ayudar a "dar a luz", en el aparato psíquico del enfermo, un *yo demandante de equilibrio*. Si tiene buen éxito en esta empresa, si, tras de descifrar el código de una psicosis particular, le es

---

<sup>82</sup> O si se halla en un *estado limítrofe* entre la neurosis y la psicosis.

dable al analista coadyuvar a que el enfermo sintetice un yo, su "heterogestión" *promotora*, que antes visualizaba de manera *mediata* la práctica autogestionaria del enfermo, ahora la tendrá que ver de manera *inmediata*.

En algunos casos, el tratamiento curativo de un psicótico puede acarrear la conversión del psicótico en neurótico, lo cual representaría, sin lugar a dudas, un avance. Pero me parece que esta transmutación de una enfermedad en que el conflicto esencial se da entre el *individuo* y la *realidad exterior* a otra en que el trastorno fundamental se da entre el *yo* y el *ello*, no es necesaria, ni se impone obligatoriamente en toda terapia, ya que precisamente la etiología de un padecimiento y de otro tienen un diferente contenido<sup>83</sup>.

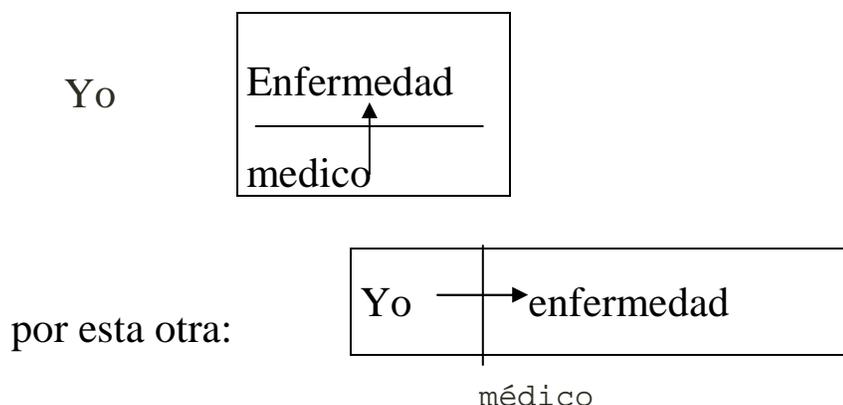
El *psicoanálisis autogestionario*, además de todo lo dicho, es un psicoanálisis *pedagógico*. Su función primordial es, más que interpretar-curar, exportar *medios psicoanalíticos de interpretación* que permitan al enfermo comprender sus dolencias. De ahí que, como dije, el paciente debe modificar sus relaciones no sólo con el analista y consigo mismo, sino con la enfermedad que padece. El enfermo debe hacerse a la idea de que el conflicto morboso que sufre no es un malestar que, aun

---

<sup>83</sup> Es frecuente, por otro lado, lo que podría llamarse el *empalme de los dos padecimientos*: una neurosis-psicosis (con predominio de un aspecto o de otro), lo cual no es raro en los casos limítrofes.

originándose y desarrollándose en él, le es en realidad *ajeno* en el sentido de que es el estado maligno a vencer por parte del "otro": el *médico*. No. *El enfermo debe reapropiarse de su enfermedad*. El trastorno no debe ser el conflicto, gestado en su psique, que sirva de reto a la "sabiduría" del facultativo, sino que tiene que ser su padecimiento, el trastorno psíquico de su pronombre personal, el enemigo interno a vencer.

El enfermo debe sustituir esta visión:



En el primer caso, como puede advertirse, el *yo demandante de salud* del enfermo se ve como *exterior* al proceso terapéutico que se establece entre el médico y la enfermedad<sup>84</sup>. En el segundo, el médico debe visualizarse como *exterior* (mera ayuda mayéutica) al proceso terapéutico que se organiza entre el yo

<sup>84</sup> El sujeto *proyecta*, por así decirlo, su padecimiento a las manos del terapeuta.

y su enfermedad.

El médico autogestionario o partidario de la autogestión curativa puede dar una interpretación -en no pocos casos es importante que la dé-, pero no es una interpretación exógena y definitiva, sino una *interpretación-sugerencia*, la llamada de atención hacia una mera posibilidad a un elemento más del plexo de datos, insinuaciones, conocimientos que el analista debe exportar, con un cierto orden, al paciente.

Al mismo tiempo que transmitir información, el analista debe combatir las resistencias y bloqueos del neurótico<sup>85</sup>; pero no sólo las resistencias que el yo neurótico-conservador o el aparato psíquico perturbado presenten<sup>86</sup>, sino las resistencias a la autogestión (que aparecen, incluso, en el *yo demandante de salud*).

Normalmente, en el psicoanálisis tradicional hay una subrepticia transferencia paterna: el enfermo se ve inclinado inconscientemente a identificar al médico con su padre o su madre y a él mismo con un niño al que se va a curar, como tantas veces ocurrió en la niñez. El analista debe combatir no sólo las resistencias neuróticas, *sino también las resistencias a la*

---

<sup>85</sup> Según sea el trastorno, el médico puede comenzar a veces por el combate en contra de la coraza resistencial y pasar a continuación al proceso de exportación de *medios psicoanalíticos de interpretación* o llevar a cabo, de manera más o menos simultánea, ambos procesos.

<sup>86</sup> Ya que "a los enfermos su padecer les procura una cierta satisfacción", "A propósito de un caso de neurosis obsesiva", *Sigmund Freud Obras completas*, T X, op.cit., p.145.

*autogestión*. Aún más, si logra triunfar sobre las resistencias a la autogestión, automáticamente tendrá en el *yo demandante de equilibrio* desenajado un magnífico cómplice para combatir las resistencias neuróticas. El embate contra las resistencias a la autogestión significa, al hacer que el enfermo se reapropie de su enfermedad, que madure, abandone el *infantilismo de la dependencia* y adquiera la mayoría de edad que le permita llevar a cabo el autoanálisis profundo<sup>87</sup>.

El analista pedagógico no puede ni debe exportar conocimientos librescos o académicos a su paciente, sino el instrumental indispensable para gestionar su autoanálisis metapsicológico. Basado en lo anterior, y de manera un tanto provocativa, me gustaría plantear este principio: *el paciente debe terminar por ser o tender a ser un especialista de su propio padecimiento*. El *psicoanalista autogestionario*, como una comadrona, está capacitado para atender *a todos* los individuos neuróticos que pretendan "dar a luz" un equilibrio nuevo en la salud.

---

<sup>87</sup> Las ideas psicoanalíticas -no psiquiátricas- de salud y enfermedad neuróticas, traen consigo, o pueden traer, un reforzamiento de la dependencia. Si no hay una diferencia tajante y definitiva entre salud enfermedad, si el sano psíquico lo es relativamente (y el enfermo no lo es, asimismo, de modo absoluto), el individuo que, tras un proceso terapéutico, pasa de la enfermedad relativa a la salud relativa, sigue requiriendo del auxilio del médico. Este es el motivo y la explicación psicoanalítica "teórica" que sustentaría la concepción de la necesidad de una *perpetua asistencia* del analista a su analizando. El *psicoanálisis autogestionario* no rompe, como es lógico, con la noción psicoanalítica -no psiquiátrica- de la pareja *salud/enfermedad*; pero sí recusa el infantilismo de la dependencia. El paso de la enfermedad a la salud (relativa), y la lucha contra las caídas y recaídas del paciente, deben de ser le objetivo central, y constantemente renovado, del paciente que ha logrado devenir el analista-de-sí-mismo.

Pero el parto en cuanto tal se realiza o tiene que realizarse por obra y gracia del enfermo, y esta es la razón por la cual el paciente no sólo debe reapropiarse de su enfermedad, sino conocer y asimilar efectivamente las condiciones curativas de ella.

4. La segunda tópica de Freud -aquella que discierne tres instancias diversas en el aparato psíquico: el ello, el yo y el superyó- no debe ocultarnos o hacernos olvidar la relación genética entre dichos sectores. El yo surge en el ello y el superyó brota en el yo. Es verdad que *en el principio era el ello*; pero después, como producto natural de su proceso, hacen su acto de aparición las otras dos instancias.

No es este el sitio adecuado para hablar con detenimiento de la forma y el momento en que una parte del aparato psíquico se desdobra en la otra ni de las relaciones que se establecen entre las tres. Pero sí conviene aquí poner de relieve que no sólo el yo se escinde (en un yo neurótico-conservador y un yo demandante de salud), sino que también lo hace o puede hacerlo el superyó. Hay, sin duda, un *superyó restrictivo* ("no hagas esto") y un *superyó impulsor* ("haz esto"). Pero esta "división" del superyó no resulta especialmente significativa en virtud de que no es otra cosa que la forma en que él ejerce sus funciones habituales de prohibición y mandato.

Antes de plantear la segunda tónica, Freud hablaba de un *ideal del yo* generado por la vía de la introyección y que era aquella parte de la psique donde se gestaba el *deber ser*. Posteriormente habló del superyó como una instancia psíquica integrada por tres aspectos: la autoobservación, la conciencia moral y el ideal. Es esencial hacer notar que estos tres elementos no son otra cosa que la internalización de la autoridad parental o cualquier subrogado en la psique del hombre desde que era niño.

Soy de la opinión de que el superyó puede y debe escindirse. No sólo hay un *superyó implantado*, sino que es posible hablar de un *superyó elegido*. O, dicho de otra manera, la enfermedad, los trastornos, la angustia no sólo escinden al yo, sino se encargan de dividir al superyó o de crear las condiciones para su posible dicotomización.

El *superyó implantado* es el conjunto de prohibiciones, preceptos e "ideales" introyectados en la psique hasta formar una moralidad impuesta y en parte inconsciente. Es un superyó introducido desde afuera y que, en su heteronomía, expresa los valores familiares predominantes y no los valores que pueden surgir de la madurez psíquica y moral del individuo<sup>88</sup>.

---

<sup>88</sup> No tengo ningún reparo en decir, con Lacan, que este ideal del yo implantado es "esa figura obscena y feroz en la que es preciso ver la significación verdadera del super-yó", Jacques Lacan, *Escritos\_1*, S.XXI Editores, 1990, p.416.

El *superyó elegido* se basa, por el contrario, en el ideal del yo, establecido autónomamente por el mismo yo, que recoge los valores y anhelos auténticos del individuo que tiende a abandonar el infantilismo de la dependencia<sup>89</sup>. Este superyó autopostulado y construido, encarna una axiología que puede entrar en contradicción total o parcialmente con la axiología imperante.

Pondré un ejemplo. La educación tradicional, profundamente heterogestionaria, se propone llevar a cabo el proceso de *enseñanza-aprendizaje* y no el de la *educación de la autoeducación*. La educación tradicional reconoce el "saber" en una autoridad y la "sumisión receptiva" en el educando. Esta concepción, esta práctica de la educación se *implanta* de tal modo en la conciencia del infante, el adolescente o el estudiante ya mayor que internaliza en él un concepto inconsciente y aparentemente natural de un proceso educativo concebido de manera heterónoma.

Los individuos, sin embargo, no están condenados a sufrir de por vida los mandamientos de su *superyó implantado*. Como producto de una cuidadosa y reiterada reflexión en esta cuestión, pueden construir poco a poco y pacientemente un ideal del yo que responda de modo más auténtico a sus intereses personales y que cuestione los imperativos y principios del superó impuesto por

---

<sup>89</sup> El superyó alternativo no puede ser propiciado, como se comprende, por el yo neurótico-conservador. Tendrá que ser obra, por fuerza, del yo demandante de salud.

familiares y educadores. A partir de su superyó alternativo, los individuos pueden pugnar por ejemplo, por el ideal autogestionario de la *educación de la autoeducación* y poner en tela de juicio la concepción educativa introyectada de la *enseñanza aprendizaje*.

Las personas que buscan trascender el infantilismo y la inmadurez tiene que subvertir su vida psíquica. Para hacerlo, deben configurar, postular o producir –en un proceso al que podríamos dar el nombre de *autoimplantación*- un ideal del yo o un superyó elegido desde el cual (dada su estimativa autónoma) han de criticar a su superyó infantil introyectado y sus mandatos y orientaciones.

Si tomamos en cuenta que el sentimiento de culpa y el remordimiento son el precio que se paga de común por transgredir las exigencias del superyó implantado ¿cómo puede combatirse su rigor y modificar la conciencia moral con que actúa? La solución no está, desde luego, en "no hacerle caso" a dicho superyó. Ni siquiera en insistir en la transgresión. Porque en un caso y en otro -más en el primero que en el segundo- el complejo de culpa y remordimiento hacen acto de aparición e impiden actuar de manera libertaria. La única forma de combatir al *superyó implantado* es generar, como he dicho, un *superyó autoimplantado* que tienda a sustituir al anterior.

El yo neurótico-conservador se acoge al equilibrio ficticio de la neurosis y el compromiso de la "solución sustitutiva" de la

sintomatología. Es un yo que se alía, por ende, con el superyó implantado, aunque de esta alianza y supeditación surja el trastorno emocional y el desequilibrio psíquico. El yo demandante de un nuevo y distinto equilibrio se rebela, por lo contrario, contra este superyó que lo oprime y atosiga y busca un cambio radical de situación. El yo demandante de salud es aquella parte de la personalidad del sujeto llamada a producir o configurar - producción que lejos de constreñirse a ser una mera acción intelectual es esencialmente un *trabajo afectivo*- un superyó de nuevo tipo. A diferencia del *superyó implantado*, el elegido no es cómplice de la moralidad ambiente, de los principios familiares y de la ideología de clase, sino de su *ello*, personal e intransferible. Complicidad (del superyó de nuevo cuño con el ello) que no puede dejar de tomar en cuenta, sin embargo, el principio de realidad. No se trataría de la dictadura del principio del placer, sino de un superyó que, por así decirlo, "oiga" las voces del ello y dirija intencionalmente sus imperativos autoimplantados a un yo que discierne cuáles son las limitaciones *reales* del principio del placer.

Una diferencia entre el superyó implantado y el superyó alternativo salta a la vista. El primero es producto de una introyección que lo implanta en el inconsciente, aunque aflore necesariamente y de manera parcial a la conciencia. El segundo es el resultado de una elección que lo autoimplanta en la conciencia, aunque se deslice

paulatinamente y de manera parcial al inconsciente. El primero se nos introdujo subrepticamente y aparece condicionando todas las decisiones yoicas. El segundo es elegido por nosotros y verdaderamente se autoimplanta cuando logra hincar sus raíces en el ello.

Del mismo modo que la mera aparición del yo demandante de salud no elimina al yo neurótico-conservador y su función de dominancia, la gestación del superyó elegido no anula al superyó implantado y su predominio. Pueden coexistir bélicamente ambas parejas de contendieres. Pero la lucha de un yo contra el otro no es indiferente a la pugna de un superyó contra su enemigo. No son dos luchas paralelas y sin interferencias. Lo ideal sería que el *yo demandante de salud* se aliara siempre con el *superyó elegido* contra el *yo neurótico-conservador* y el *superyó implantado*. Pero no siempre sucede así. Y es que puede darse el caso de que mientras logre escindirse el yo, el *superyó implantado* permanezca unificado y monolítico o de que mientras logre escindirse el superyó, el *yo neurótico-conservador* se conserve *casi* sin fisuras y homogéneo.

La manera más segura, entonces, de contrarrestar y hasta en ocasiones nulificar la influencia perniciosa del superyó introyectado por los padres, etc. -y del arma poderosa que tiene éste en el sentimiento de culpa- es:

1. Producir un ideal del yo (o un superyó elegido) que responda a los intereses y a la idiosincrasia de los individuos (o grupos) que luchan contra el infantilismo de la dependencia.
2. Criticar al *superyó implantado* que tenemos -y que nos observa, se erige en nuestra conciencia moral y encarna nuestro "ideal"- desde el superyó producido; amordazar su voz y evitar así el sentimiento de culpa que trae consigo su desacato, en la inteligencia de que si bien la infracción reiterada a las exigencias del superyó internalizado debilitan la culpa, no la anulan fácilmente.
3. En su fase más elevada, el superyó elegido no puede ser sino autogestionario, es decir, un ideal del yo (del yo demandante de salud) que trasciende la inmadurez y el infantilismo de la dependencia.
4. Este *superyó elegido* reproducirá, asimismo, los tres elementos enumerados (autoobservación, conciencia moral, ideal) y gestará, sin duda, cuando sus mandatos sean desatendidos y violados, un sentimiento de culpa; pero un sentimiento de culpa de nueva clase: por haber recaído en la heterogestión, en la inmadurez, en el infantilismo de la dependencia.

Cuál es el papel del psicopromotor, en el análisis mayéutico, respecto al yo y al superyó de su paciente;

El psicopromotor debe tener como funciones principales:

- a) coadyuvar a la escisión del yo, o a su ahondamiento y consolidación,
- b) aliarse con el *yo demandante de salud* contra el *yo neurótico-conservador* y su pretensión de dominar sin alteración la psique del individuo,
- c) coadyuvar a la escisión del superyó, a su ahondamiento y consolidación y
- d) aliarse con el *superyó elegido* contra el *superyó implantado* y su afán de perpetuar su dominio en el aparato psíquico del paciente.

El psicopromotor mayéutico se alía, entonces, con el *yo demandante de salud* y con el *superyó autoimplantado* con el objeto de prestar su ayuda al analizando para que abandone el infantilismo de la dependencia y la inclinación hacia la heterogestión psicológica. Es importante hacer notar, sin embargo, que no es lo mismo un yo demandante de salud *en sí* que un yo demandante de salud *para sí*<sup>90</sup>. El yo demandante de salud *en sí* se separa o diferencia del yo neurótico, pero carece de la percepción adecuada para luchar, con la estrategia y la táctica pertinentes y con las alianzas debidas, contra la neurosis suscrita por su alter ego. Para realizar esto, se ve en la

---

<sup>90</sup> Como no es lo mismo un proletariado *en sí* (diferenciado económica y socialmente de la burguesía, pero sin conciencia de clase) que un proletariado *para sí*.

necesidad de convertirse de *en sí* en *para sí*. Exactamente lo mismo debe decirse del superyó, ya que no se puede confundir un superyó elegido *en sí* con un superyó elegido *para sí*. El psicopromotor debe auspiciar, entonces, tanto el desdoblamiento del yo y la escisión del superyó, como el tránsito del yo demandante de salud *en sí* al yo demandante de salud *para sí* al yo demandante de salud *para sí* y el paso del superyó elegido *en sí* al superyó elegido *para sí*<sup>91</sup>. No basta, por consiguiente, las divisiones del yo o del superyó y la aparición, en ellas, del yo demandante de salud *en sí* y el superyó elegido *en sí*. Igual que lo que ocurre con el proletariado *en sí* -que, sin la conciencia de clase, tiende a convertirse en *fuera de sí*- el *en sí* psicológico recae o puede recaer en el dominio del yo neurótico y del superyó implantado. El *para sí*, no obstante, es condición necesaria, pero no suficiente para la reconfiguración del aparato psíquico: se requiere también una lucha, quizás larga, quizás tortuosa, contra enemigos tan poderosos como son el yo neurótico en alianza estrecha con el superyó implantado.

---

<sup>91</sup> Todo lo precedente tiene que ver con la *transferencia endopsíquica* de la que hablaré detalladamente más adelante.

## CAPITULO III

### LA GESTION DE LA AUTOGESTION

1. El analista mayéutico es un psicoanalista. Pero un psicoanalista que abandona, recusa o desdeña de modo consciente las prácticas heterogestionarias y sus justificaciones teóricas que embargan de común a los psicoanalistas. El analista mayéutico, como todo psicoanalista, debe poseer un conocimiento general de los trastornos psíquicos, de su origen y de su probable cura o alivio. Como "partera" de una índole especial que es, debe estar al tanto de todos los posibles contratiempos, dificultades y resistencias en el alumbramiento. El paciente, en cambio, debe ocuparse y preocuparse sólo o fundamentalmente de su trastorno: de la etiología, la censura, la formación de síntomas y la terapia que presuponen su padecimiento.

El analista autogestionario, o partidario de la autogestión en psicología, es un terapeuta dedicado no sólo a coadyuvar a la erradicación o debilitamiento de un desequilibrio, sino también, y más que nada, un individuo entregado, por una parte, a la promoción, en el paciente, de un autoanálisis profundo y constante<sup>92</sup> y dispuesto, por otra, al *asesoramiento* circunstancial del analizando que se encuentra ya en posibilidad de prescindir de él y de luchar, *basado en sus propias fuerzas*, en

---

<sup>92</sup> Que implica tres momentos: a) la autolucha contra las resistencias, b) la autointerpretación del conflicto, y c) la autoterapia.

contra de los conflictos psíquicos, las neurosis actuales o las psiconeurosis que padece ahora o que puede sufrir en el futuro. Como parte del arduo proceso de la liberación o autonomización del paciente, el analista debe colaborar en la toma de conciencia teórica y en la fortaleza anímica indispensable, requeridas por el "enfermo", para combatir *motu proprio* el o los trastornos neuróticos que se le presenten. Es conveniente, aunque quizás no en todos los casos imprescindible, que el analista autogestionario -como cualquier comadrona lo hace en el acto de nacimiento- preste su ayuda *médica* al paciente que sufre un conflicto, que es víctima de tales o cuales síntomas patógenos y que requiere de un auxilio para conseguir un equilibrio saludable. Pero esta colaboración, este tiempo de *trabajo conjunto* de la diada psicoanalítica, tiene como finalidad no sólo o no tanto la conquista de la curación o del alivio del conflicto morboso del paciente, sino la intención de que el enfermo, en unión del analista, tenga en cuenta, viva, experimente las magnas dificultades (y las acciones pertinentes exigidas por éstas), que trae consigo el proceso de la terapia. *La curación o el alivio no es, pues, el fin del analista mayéutico, sino uno de los medios para lograr el objetivo primordial que persigue: el autoanálisis profundo.*

El psicopromotor mayéutico debe poseer un conocimiento general de los trastornos psíquicos, decía más arriba. Y añadía que el

paciente, en cambio, debe ocuparse y preocuparse de su trastorno. No obstante conviene aclarar que, de acuerdo con el psicoanálisis autogestionario, no hay nada semejante a un conocimiento acabado y definitivo ni en el saber general del analista ni en el saber particular del paciente. Ambos conocimientos son relativos y superables. Y si es verdad que el paciente -que en un momento dado ya no es *paciente-de-un-analista* sino *paciente-de-sí-mismo*- tiene a veces que asesorarse del analista y del investigador, éstos aprenderán no poco de la lucha, las experiencias y las intuiciones de los individuos entregados al autoanálisis metapsicológico.

Hay tres causas -determinantes de tres obstáculos epistemológicos evidentes- que empujan, de manera esencialmente inconsciente, al analista tradicional a actuar de manera heterogestionaria, a fomentar en sus pacientes el infantilismo de la dependencia y a tornarse imprescindible: *económica, social e individual*<sup>93</sup>.

El psicoanalista busca tener y consolidar una clientela. Sus ingresos económicos, su nivel de vida y el status social de que goza dependen de ella. El trabajo complejo del psicoanalista, el *trabajo en su fuerza de trabajo* que ha realizado y que realiza constantemente hacen de su labor una labor altamente cotizable en el mercado de la fuerza de trabajo capitalista. Sus ingresos son, por lo tanto, o

---

<sup>93</sup> El "narcisismo del analista" (Mannoni) se relaciona, sin duda, con estos tres aspectos.

pueden ser, cuantiosos y significativos. Pero el mundo capitalista, y la economía de mercado que presupone, es el mundo de la inseguridad, el riesgo y la zozobra. Ante esta situación, y el apetito de mayores emolumentos que en general caracteriza a la clase media *intelectual*, el psicoanalista tiende, de manera más o menos inconsciente, a generar y fortalecer la dependencia de su analizando, con el objeto tácito, pero indudable, de satisfacer sus ingentes necesidades económicas<sup>94</sup>.

Es evidente, entonces, que si el analista se propone, inconscientemente, que su clientela dependa de él (como los feligreses de su confesor), ello opera como un obstáculo epistemológico que impide -o por lo menos limita seriamente- la realización de una verdadera, profunda y definitiva terapia, la cual no puede ser, a mi entender, sino aquella que *dota al individuo con conflictos de orden psicológico de la posibilidad de luchar por sí mismo contra sus fantasmas cuando éstos aparezcan o reaparezcan.*

---

<sup>94</sup> A veces, incluso, incrementa esta fluencia continua de ingresos pecuniarios (derivada de la dependencia del paciente respecto a su "médico") con el argumento "psicoanalítico" de que el paciente tiene que pagar, y pagar bien, para que la sesiones de terapia funcionen de modo adecuado, ya que si el individuo no hace el esfuerzo para obtener el dinero necesario que le permita sufragar su terapia, no se estima a sí mismo ni fortalece el narcisismo indispensable para su curación. Este "argumento", como puede advertirse, le viene como anillo al dedo a los requerimientos pecuniarios que embargan de común a los analistas.

La economía de mercado en que nos ha tocado vivir deja, sin lugar a dudas, una impronta significativa en la actividad profesional del médico. Tanto la *duración total* de la terapia (tres, cuatro, cinco años, etc.), como el *número de sesiones registradas por semana* (tres, dos, una, etc.), como, en fin, el *tiempo en que discurre cada sesión* (media hora, una hora, etc.), muestran, en términos generales, la enajenación económica que padece la actividad psicoanalítica. La influencia perturbadora de la economía capitalista en la práctica psicoterapéutica común y corriente se muestra con toda evidencia en el hecho indiscutible de que el ejercicio de la profesión psicoanalítica encarna la siguiente fórmula: M (mercancía potencial) -D (dinero) -M (mercancía actual).

En lo que a la duración total de la terapia se refiere, la M inicial está representada, en efecto, por la terapia potencial que, ante una determinada demanda de práctica "curativa", ofrece el analista profesional. La posibilidad de que el médico juegue el papel de oferente -en el juego de la oferta y la demanda- está determinada por el acervo de conocimientos y experiencias conformante de sus *medios psicoanalíticos de producción* y también, desde luego, del mayor o menor prestigio que rodee, como una aureola, a su nombre. La D que va a intercambiarse por la M inicial no es otra cosa que el precio

que paga el neurótico, a lo largo de la duración total de la terapia, por la acción "curativa" del facultativo. El dinero posibilita la conversión de la primera M en la segunda. El enfermo, durante un tiempo más o menos largo, entrega una determinada cantidad de dinero a su terapeuta para que él lleve a cabo en y por la *situación psicoanalítica*, la conversión de la terapia potencial en terapia realizada. Otro tanto ocurre, *mutatis mutandis*, con el número de sesiones registradas por semana y con el tiempo en que discurre cada sesión. En ambos casos, también podemos hablar de M (potencial) -D (dinero) -M (actual), con la salvedad de que la metamorfosis de la terapia potencial en terapia realizada se lleve a cabo por partes (en un caso tomando en cuenta el número de sesiones por semana y en el otro el tiempo de cada sesión) y el dinero sufragado hace referencia al pago semanal o al pago por sesión.

Una vez subrayado lo precedente, es importante destacar que, por razones de conveniencia mercantil, la tendencia natural de los psicoanalistas presenta tres aspectos: en lo que a la duración total de la terapia se refiere, estriba en hacer lo más larga posible tal duración; en lo que al número de sesiones registradas por semana alude, descansa en multiplicar lo más que se pueda dicho número y en lo que al tiempo en que discurre cada sesión hace referencia, estriba en hacerla lo más corta posible.

Esta triple tendencia no es un accidente. Responde a los intereses del analista (poseedor de una *mercancía potencial*) que se presenta como oferente en el "mercado de la salud". Estas tendencias pueden ser contrarrestadas, en mayor o menor medida, por consideraciones y factores distintos. Pero su existencia indudable nos habla de la causa económica que influye en la acción heterogestionaria e intrusiva de los analistas.

B. La segunda causa que lleva al psicoanalista habitual a tener una actitud franca o veladamente heterogestionaria reside en el *carácter de clase* del individuo en cuestión. Los psicoanalistas, como todos los hombres de ciencia, pertenecen, como he insistido, a la *clase intelectual*. Su preparación escolar y su experiencia clínica los ha dotado de un acervo de conocimientos *-medios intelectuales, psicoanalíticos, de producción-* de que carecen los demás. La clase intelectual tiene en común con los trabajadores manuales asalariados la carencia de medios de producción *materiales*. De ahí que, uniendo a los trabajadores manuales y a los intelectuales, podamos hablar de un *frente laboral* contrapuesto a los poseedores capitalistas. Pero los trabajadores intelectuales se diferencian de los trabajadores manuales en que son dueños de medios *intelectuales* de producción. Los psicoanalistas constituyen, entonces, una *fracción especializada* de la clase intelectual. A los psicoanalistas

les sucede, entonces, lo que les pasa, en términos generales, a los miembros de la clase intelectual: *que tienen una tendencia natural a la heterogestión*. Y esto es así porque, careciendo de medios *materiales* de producción, los intelectuales cifran toda su actividad en la información y la experiencia de que se han adueñado. Serán, pues, quienes dirijan, quienes planeen, quienes emitan órdenes, quienes busquen de manera "lógica" y "natural" que los otros, los ignorantes, los desposeídos del acervo de conocimientos y experiencias que ellos han adquirido, se limiten a obedecer, ejecutar, llevar a la práctica. Esta *tendencia a la heterogestión* inherente al carácter de clase de los intelectuales representa también, como en el caso anterior, un obstáculo epistemológico con el cual tropieza el psicoanalista tradicional, ya que en lugar de propiciar la *autonomización* del paciente, y de crear las condiciones para que él, el psicoanalista, acabe por abandonar la escena, reproduce incesantemente la relación *médico/enfermo* o la estructura *sabiduría/ignorancia* en que él funge como el factor *intelectual* determinante. El carácter de clase del psicoanalista conlleva lo que, en términos psicoanalíticos, podríamos designar el *narcisismo* característico de los intelectuales o sea la imperiosa necesidad de afirmar su personalidad, su aristocracia intelectual, frente a los trabajadores manuales y los "vulgares" capitalistas, comerciantes, etc.

C. Si la primera de las causas que conduce al psicoanalista a la heterogestión es *económica* y la segunda es *social*, la tercera es *individual*. Se trata de ciertas actitudes heterogestionarias que presenta o puede presentar el psicoanalista derivadas de la contratransferencia. La contratransferencia es, en realidad, una transferencia *reaccional* vivida por el analista *a partir* de la transferencia del paciente. Si el analizando reedita, con su analista, la relación *hijo/padre*, dicha transferencia puede provocar en el analista, por necesidades psicológicas que le son propias, la contratransferencia al paciente de la relación *padre/hijo*. La demanda del "enfermo" de ser un *hijo*, puede generar en el analista, de manera inconsciente, la necesidad de ser un *padre*. Si en la *situación psicoanalítica*, la transferencia "pone" un hijo y la contratransferencia "coloca" un padre, se convierte en el ámbito natural diádico para el ejercicio de una *heterogestión mutuamente consentida*, es decir una heterogestión clínica en que el padre-analista dirige, orienta, "cura" a un hijo-paciente. La heterogestión no es sólo, en efecto, una tendencia inconsciente del *intelectual*, sino la reedición contratransferencial de la actitud paterna. Me gustaría hacer una diferenciación, en lo que a la *causa individual* de la actitud heterogestionaria se refiere, entre una *conducta estructural* que aparece en todos los individuos que fungen como psicoanalistas y una *conducta estrictamente personal* que aparece o puede aparecer en el

analista durante las sesiones. La primera estriba en la inconsciente identificación del analista con el padre -el médico, el sacerdote, el caudillo o cualquier representante en fin de cuentas parental- que presta su servicio al niño desvalido y demandante de ayuda. La llamo *conducta estructural* porque aparece en todo el psicoanálisis contemporáneo y se funda y repercute en lo que llamo el *infantilismo de la dependencia*. La *conducta estrictamente personal*, en cambio, alude a la reacción contratransferencial única que tiene o puede tener el analista frente a la transferencia también individualizada del paciente. La llamo *conducta estructural* porque aparece en todo el psicoanálisis contemporáneo y se funda y repercute en lo que llamo el *infantilismo de la dependencia*. La *conducta estrictamente personal*, en cambio, alude a la reacción contratransferencial única que tiene o puede tener el analista frente a la transferencia también individualizada del paciente.

Las tres causas de la tendencia heterogestionaria que (a pesar de lo que digan y a pesar de lo que piensen de sí mismos y de su profesión) caracterizan, por lo general, a los psicoanalistas que predominan en el medio ambiente, están enlazadas de manera inextricable. La tendencia heterogestionaria no se explica sólo por razones económicas o por razones sociales (de clase) o por razones individuales (contratransferencia), sino por *la articulación de los tres tipos de causa*. Las tres causas, por otro lado, tanto si las

consideramos por separado como si las vemos en su unidad compleja e interactuante, configuran obstáculos epistemológicos que impiden al analista -impedimento las más de las veces inconsciente- coadyuvar a que el neurótico adquiera mayoría de edad, se abra a la posibilidad del autoanálisis y la autoterapia profunda, se haga, en una palabra, *sujeto* del análisis y no *objeto* del mismo.

2. La transferencia surge en el psicoanálisis; pero no existe, por lo menos en apariencia, en el autoanálisis. La razón de ello estriba, según se dice, en que sólo cuando hay dos personas en la terapia psicoanalítica se da entrada a la transferencia. La *díada* es el espacio en que tiene lugar la unidad y lucha de los dos elementos fundamentales de la *situación psicoanalítica*, es decir, de la transferencia y de la contratransferencia. Como en el autoanálisis, de la índole que sea, no hay sino una persona -un individuo dedicado a la resolución de sus problemas y trastornos-, se supone que "ahí" no hay transferencia y que, por ende, en tal práctica no puede existir un análisis exitoso o una terapia verdaderamente efectiva, ya que la transferencia -y algunos creen que también la contratransferencia- es la base esencial, *si es que se la supera*, para un análisis venturoso que finalice con la desaparición de los síntomas patógenos de la neurosis y con la disposición de dar de alta al paciente. Pero veamos las cosas con

mayor detenimiento. No es la transferencia en cuanto tal -ni la transferencia reactiva del analista- la que propicia un buen y exitoso trabajo analítico, *sino la superación de la transferencia*. Si y sólo si el paciente cae en cuenta del carácter y las "razones" de su reedición transferencial, puede crear la *empatía* indispensable con el facultativo para que éste se halle en capacidad de combatir las resistencias o la coraza, adelantar una interpretación y coadyuvar a que se produzca en el paciente una catarsis que elimine la sintomatología patológica y cree las condiciones para que al neurótico se le pueda dar de alta<sup>95</sup>. Freud escribe, respecto a la transferencia de Dora con él: la paciente "actuó (*agieren*) un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura"<sup>96</sup>. La transferencia del enfermo es negativa, entonces, cuando, en relación con el analista, se vive o se reproduce "un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías" sin verbalizarla, sin adquirir conciencia del contenido y las "razones" de la reedición. La transferencia se vuelve, en cambio, positiva cuando

---

<sup>95</sup> La transferencia juega además otro papel esencial en relación con la técnica psicoanalítica: muestra ante los ojos y oídos del analista cuál es el problema -un Edipo no resuelto, una fijación, una tendencia homosexual no asumida, etc.- que aqueja al individuo.

<sup>96</sup> *Sigmund Freud Obras Completas*, T.VII, op.cit., p.104

el analista "consigue dominar a tiempo la transferencia"<sup>97</sup> y el paciente la reproduce verbalmente en la cura.

Pero me gustaría rememorar que, según veo las cosas, hay dos clases de transferencia: la *objetal* (o exógena) y la *endopsíquica* (o endógena). La primera es propia y característica del psicoanálisis habitual. El paciente genera una *transferencia objetal* respecto a su analista<sup>98</sup>. La segunda es propia y característica del autoanálisis profundo. En este caso, el *yo demandante de equilibrio* se halla desdoblado, de hecho, en dos partes: un ideal del yo y un yo del ideal o, lo que tanto vale, una *finalidad* (la reconquista de un sano equilibrio) y un *impulso* hacia su obtención. El *yo demandante de equilibrio* tiene, respecto al ideal de equilibrio yoico, una transferencia endopsíquica<sup>99</sup>. Pero no se trata aquí de una transferencia negativa, transferencia que se *vive y no se verbaliza*, sino que es una transferencia superada de golpe en la forma positiva de una *empatía* entre el *yo demandante de salud* y el *ideal de equilibrio*. No es dable hablar o seguir hablando de transferencia cuando nos desplazamos del psicoanálisis al autoanálisis o, si se

---

<sup>97</sup> Ibid., p.103.

<sup>98</sup> La *transferencia objetal* puede ser de dos clases: basada en la *elección de objeto* (lo cual presume un enamoramiento) o basada en la *identificación* (lo cual significa querer ser *como* el analista).

<sup>99</sup> Estaría dispuesto a llamar a esta transferencia una transferencia *narcisista* si la palabra narcisista no resultara en este caso ambigua, ya que el narcisismo puede significar *complacencia con uno mismo*, mientras que la transferencia endopsíquica, aunque no sea objetal, es, por esencia, *displaciente con uno mismo*.

quiere, de la *díada* a la *mónada*, porque el ideal del yo -y todos los elementos que conforman el superyó- no es otra cosa que el resultado de la introyección de la imagen parental en el aparato psíquico. La *transferencia endopsíquica* no necesita enlazarse con un ser objetivo ajeno al individuo neurótico, puesto que halla en él mismo al *otro*, es decir, al representante de sus padres o a los mandatos abstractos de la moralidad internalizada.

La transferencia *endógena* tiene a la transferencia *objetal* -es decir a la neurosis de transferencia- como su antecedente y su prehistoria, de la misma manera y en el mismo sentido en que el *autoanálisis metapsicológico* tiene al *psicoanálisis mayéutico* como su antecedente y su prehistoria<sup>100</sup>. Así como la terapia psicoanalítica es un *medio* y una *experiencia* para la terapia autoanalítica profunda, la transferencia *objetal* superada es asimismo un medio y una experiencia para la transferencia *endopsíquica* trascendida. Y hablo de una transferencia endopsíquica superada porque, como en el caso precedente de la transferencia objetal negativa, puede haber y hay, al interior del proceso autoanalítico profundo, casos en que se dé una transferencia endopsíquica no superada o, lo que viene a ser lo mismo, una transferencia que no logra resolverse en la *empatía* entre el *yo demandante de equilibrio* y el *ideal de salud*. Del mismo modo en que, cuando tiene lugar una transferencia

---

<sup>100</sup> El *psicoanálisis autogestionario* tiene, pues, dos piezas definitorias: el análisis mayéutico preparatorio del autoanálisis profundo y este último.

objetal *vivida* y no verbalizada, resulta negativo que el paciente sustituya a su padre por el analista y elabore conductas ambivalentes (de amor y odio) respecto a él, cuando se lleva a cabo (en la mónada autoanalítica) una transferencia endopsíquica no trascendida, el paciente puede visualizar el *ideal* de salud (como un mandato parental asimilado) y no responder a dicho ideal con el impulso y la voluntad de alcanzar el imperativo superyoico. Sería como si una parte del sujeto se *viviera* como el hijo sobreprotegido -y, por consiguiente, abúlico y pasivo- de otra porción del yo, paterna y sobreprotectora, dispuesta a regalar algún día, sin exigir esfuerzo alguno en cambio, sus proclamas ideales de salud. El abúlico, el escéptico, el pesimista; el que no cree en la existencia de un posible mejoramiento o el que, de modo más radical aún, considera el ideal de salud como una utopía inalcanzable, son casos de transferencia endopsíquica *no verbalizada ni convertida en consciente*; son casos, en una palabra, de transferencia endógena *no superada* y, por consiguiente, de carácter francamente negativo. Pero son también, como en el caso de la transferencia objetal *no concientizada*, indicios, síntomas, reediciones de problemas psíquicos no resueltos y, por consiguiente, problemas a procesar, junto con muchos otros, en la terapia autoanalítica, con o sin el asesoramiento, según el caso, del analista mayéutico de apoyo.

En la etapa pre-autoanalítica, el psicopromotor emprende su acción terapéutica con el propósito de "oír" la voz del inconsciente de su analizando; pero esto no es, a diferencia del psicoanálisis en boga, el *fin* del análisis mayéutico, sino sólo un *medio* para acceder al *autoanálisis* y, por medio de él, a la capacidad conquistada de "auto-oír" las voces de su inconsciente por parte del analizando.

En un momento dado, la transferencia endopsíquica puede coincidir con la transferencia objetal: se trata de aquellos casos en que, aunque el neurótico ya está entregado a la realización de su autoanálisis profundo, no ha prescindido aún del apoyo o del asesoramiento del analista mayéutico. Pero el analista, consciente de la generación en el "enfermo" de una transferencia y de otra, fomenta, propicia, da pie a la sustitución paulatina de la transferencia objetal por la transferencia endopsíquica. Y es que la finalidad del analista autogestionario, quiero repetirlo, no consiste centralmente en curar o aliviar al enfermo. El analista mayéutico no se propone *dar de alta* al "enfermo" sometido a una terapia exitosa que ha hecho desaparecer los síntomas neuróticos<sup>101</sup>. El analista de nuevo tipo no da de alta, para seguir con esta idea, al neurótico cuando ha "sanado", sino que lo da de alta en el

---

<sup>101</sup> Algunos psicoanalistas plantean que el final del psicoanálisis no debe ser la decisión unilateral ni del médico ni del paciente, sino de un común acuerdo entre ellos. La discusión de quién debe dar de alta al paciente no me parece decisiva. El problema no es sólo quién toma la decisión, sino por qué o en función de qué se toma.

momento en que este último se halla preparado -y el fin fundamental del análisis ha sido la conquista de esta preparación- para luchar de por vida, *basado en sus propias fuerzas*, contra los conflictos psíquicos o el desequilibrio anímico que padece o que puede padecer.

El enfoque psiquiátrico tradicional difiere en muchos aspectos, como se sabe, del enfoque psicoanalítico. En este sitio quiero traer a colación, sin embargo, una sola diferencia entre ambas posiciones: mientras que el psiquiatra se ubica frente a su paciente como la *salud* ante la enfermedad, el psicoanalista se coloca delante de su analizando como un neurótico frente a otro. Se trata, claro, de neuróticos de diferente clase y de distinto grado; pero de personas que padecen de conflictos psíquicos y que, por padecerlos, se pueden comunicar y prestar ayuda. El enfoque psicoanalítico es, sin lugar a dudas, más profundo, más realista, más humano que el punto de vista de la psiquiatría tradicional. No obstante, el psicoanalista común y corriente, que es en términos generales un psicoanalista heterogestionario, contiene en realidad *un residuo importante del enfoque psiquiátrico*: sin confesarlo las más de las veces, se considera a sí mismo como un médico relativamente *sano* y el paciente como un individuo *enfermo*. Claro que como el psicoanalista profesional no ignora el hecho de que nadie es totalmente sano, está dispuesto a acudir (y acude en el

presente o ha acudido en el pasado) al llamado *análisis didáctico*, cuya finalidad es, ya sabemos, eliminar o neutralizar los elementos patógenos en el analista que puedan perturbar la acción terapéutica que ejerce en sus pacientes. El análisis didáctico, sin embargo, contrarresta hasta cierto punto, en el mejor de los casos, sólo los aspectos individuales de la tercera de las causas que empujan al psicoanalista a la actitud heterogestionaria<sup>102</sup>; pero deja intactas las causas estructural, económica y social. En el análisis didáctico no se combate, en efecto, ni la tendencia (que de común caracteriza a los analistas) de volver dependientes a los neuróticos para asegurar un ingreso económico regular a sus bolsillos, ni la propensión a ser quienes orientan, dirigen y determinan, como es costumbre en la mayor parte de los miembros de la clase intelectual y en los padres dentro del circuito familiar.

El *psicoanálisis autogestionario* rechaza terminantemente la antinomia *salud/enfermedad* en que se basa la psiquiatría, el conductismo o la *gestalt*, como también -conviene reafirmarlo- el psicoanálisis en boga, que en la práctica es heterogestionario. En toda situación psicoanalítica se enfrentan, ya lo dije, dos neuróticos: el *analista neurótico* y el *paciente neurótico*<sup>103</sup>. De ahí que no sea un accidente sino una

---

<sup>102</sup> La contratransferencia estrictamente personal.

<sup>103</sup> O, en el mejor de los casos, el analista con elementos neuróticos más o menos "controlados" y el paciente con una neurosis franca y operante.

regla, el que la *transferencia* del analizando despierte la *contratransferencia* del analista o viceversa. *Viceversa* muy importante y que en ocasiones se descuida, porque muchas veces sucede que, por así decirlo, la *transferencia* del analista provoca una *contratransferencia* en el paciente. La verdad es que en la *situación psicoanalítica*<sup>104</sup> la relación entre la transferencia y la contratransferencia asume las diversas formas de la interpenetration, mutación de polos, acción recíproca, etc.

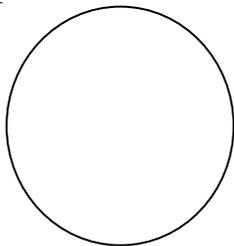
3. Creo que es posible y conveniente hablar de la contratransferencia del analista en un *sentido amplio* y en un *sentido estrecho*. En sentido amplio, la contratransferencia alude a todas las "participaciones", basadas en motivaciones inconscientes, que tiene el analista en el proceso terapéutico<sup>105</sup>. En este sentido las tres causas que determinan o propician la tendencia heterogestionaria del psicoanalista, y no sólo la tercera, son contra-transferenciales. En sentido estricto sólo la causa individual -la neurosis personal del analista-, que puede hacer acto de presencia en el análisis, debe ser considerada como contratransferencia. Tomando en cuenta esta diferenciación, conviene subrayar que si el *análisis didáctico* lucha

---

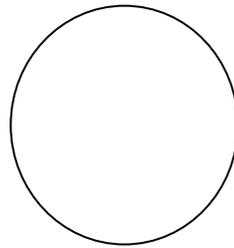
<sup>104</sup> Situación psicoanalítica donde el binomio transferencia/contratransferencia juega un papel significativo.

<sup>105</sup> Devereux propone la siguiente definición de la contratransferencia: "suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades *inconscientes*, deseos y fantasías, por lo general, infantiles", citado por José Perrés en *El nacimiento del psicoanálisis*, Thomäcit., pp.Kächele,

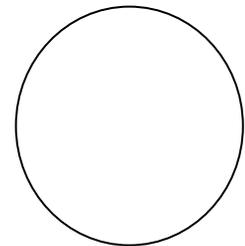
contra la contratransferencia en el sentido estrecho del vocablo<sup>106</sup>, no lo hace contra la contratransferencia en el sentido amplio de la expresión. De ahí, entonces, *que el análisis didáctico sea tan heterogestionario como el psicoanálisis habitual*<sup>107</sup>. Ante esto, propongo: sustituir el análisis didáctico por un *análisis pedagógico* que se proponga no sólo combatir la contratransferencia en el sentido restringido del concepto sino luchar contra la contratransferencia en el sentido amplio de la palabra. El análisis pedagógico debería de funcionar como la propedéutica para el psicoanálisis autogestionario. La secuencia: *análisis pedagógico/análisis mayéutico/ autoanálisis metapsicológico* no es arbitraria, sino que responde punto por punto a mi propuesta.



Análisis Pedagógico



Análisis Mayéutico



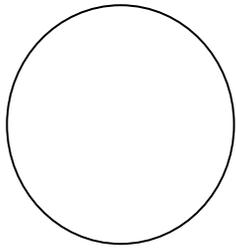
Autoanálisis

Estos tres círculos simbolizan el ciclo completo de lo que llamo el *psicoanálisis autogestionario*. El psicoanálisis tradicional puede ser representado, en cambio, sólo por dos círculos.

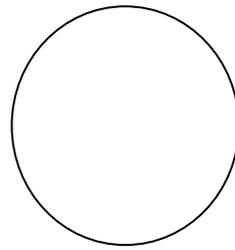
---

<sup>106</sup> ya que, como dicen Helmut Thoma y Horst Kachele, en *Teoría y práctica del psicoanálisis*, op. cit., p.90, la contratransferencia "debe ser mantenida en un mínimo para salvar la objetividad".

<sup>107</sup> Además de que tampoco combate la *actitud estructural*, de carácter parental, que acompaña a la contratransferencia en sentido individual.



Análisis Didáctico



Psicoanálisis

El *análisis pedagógico*, que posee una función propedéutica y posibilitadora del análisis mayéutico, se diferencia del *análisis didáctico* en que posee como finalidad expresa no sólo capacitar a un individuo para que pueda ejercer, con el mayor grado de objetividad posible, una función psicoanalítica *que se propone anular o atemperar los síntomas neuróticos de los enfermos*, sino coadyuvar a la gestación de un nuevo tipo de psicoanalista que, a más de la anterior, *se propone promover en sus pacientes la capacidad técnica y la voluntad decidida para luchar, en y por un autoanálisis de fondo, contra los trastornos o desequilibrios que pueden aflorar en su psique.*

El *análisis mayéutico* viene, por así decirlo, del *análisis pedagógico* y va al *autonálisis metapsicológico*.

El analista mayéutico lleva a cabo en las sesiones con sus analizandos las siguientes tareas:

- a) La aplicación del método psicoanalítico, en alianza terapéutica con su paciente, con el objetivo de curar o aliviar al neurótico del padecimiento que lo embarga y *de mostrarle experimentalmente la forma en que*

*conviene afrontar un conflicto con vistas a su desaparición o debilitamiento.*

- b) La información adecuada y en el momento pertinente del conjunto de *elementos teóricos* indispensables para que el neurótico o el histérico comprendan el carácter, el origen y la posible terapia de su padecimiento.
- c) La exposición detallada sobre el método y la estructura definatorias del *psicoanálisis autogestionario*. Sus diferencias con el psicoanálisis común y corriente. La exposición minuciosa de la técnica analítica que se propone dar de alta al paciente no cuando ha sobrevenido la curación, sino cuando ha logrado conquistar la capacidad de emprender de manera constante, o en el momento en que lo juzgue oportuno, necesario o urgente, un autoanálisis no espontáneo ni superficial, sino un autoanálisis profundo que le permita arreglar cuentas consigo mismo y derrotar uno a uno a los espectros patológicos que surjan en el aparato psíquico con la pretensión de dominar la escena. Especial importancia tiene, en esta área de las sesiones del análisis mayéutico, la explicitación de lo que podríamos llamar el desaplazamiento del *diván* por la *hoja de papel*. Explicaré las cosas. Antes que nada debe

aclararse que tomo las palabras *diván* y *hoja de papel* en sentido simbólico. El *diván* simboliza la terapia psicoanalítica tradicional. Implica necesariamente dos personas: el analista (con los conocimientos y la experiencia indispensables para actuar como el *médico* que orienta a su paciente hacia el desenlace positivo de su nudo de conflictos) y el neurótico o el *enfermo* que, víctima del sufrimiento, la confusión y la ignorancia, se acoge al analista como la encarnación de la esperanza y la proyección del ideal de salud que añora. La *hoja de papel* simboliza, en cambio, el autoanálisis profundo. Si el *diván* es un instrumento de la heterogestión, la *hoja de papel* es una herramienta de la autogestión. La *hoja de papel*, como explicaré más adelante, es el implemento y el espacio, el acicate y el recurso para que el individuo luche a brazo partido contra la o las neurosis que puedan vulnerar su estructura anímica.

- d) La acción de *dar de alta* al futuro *paciente-de-sí-mismo*. El análisis mayéutico resulta, así, la condición necesaria, el preámbulo o el paso previo ineludible para enfrentarse al autoanálisis de profundidad. Es de primera importancia subrayar que no es posible emprender un *autoanálisis metapsicológico* -es decir un autoanálisis

que no se detenga en el nivel de las resistencias- *si no se pasa por un análisis mayéutico*. Lo que hace de la introspección o del autoanálisis espontáneo la práctica del *yo neurótico-conservador* es precisamente la pretensión de sumergirse en el "hondón del ánimo" sin la preparación que adquiere el neurótico en su paso por el análisis mayeúutico.

4. Aunque mantengo serias reservas y discrepancias incuestionables con algunas de las posiciones teóricas de O. Rank - sobre todo respecto al trauma del nacimiento y la técnica psicoanalítica-, creo que, articuladas con ellas, incluye frecuentemente intuiciones magistrales y planteamientos sorprendentes. Rank afirma, por ejemplo, que todos los sujetos analizados en una época por él "manifestaban en el mismo grado la tendencia a identificar la situación creada por el psicoanálisis con la situación intrauterina"<sup>108</sup>. Si la situación analítica (analista/paciente) era identificada por los analizandos como la situación intrauterina (madre/hijo), la curación era vista por ellos como un *alumbramiento*. "Después de haber sometido al psicoanálisis a un número considerable de casos -aduce Rank-,

---

<sup>108</sup> O. Rank, *El trauma del nacimiento*, Paidós Studio, Barcelona, B. Aires, México, 1985, p.21.

quedé sorprendido por el hecho de que, en la fase final del análisis, la *curación*, cuando comenzaba a efectuarse, era representada regularmente por el inconsciente bajo una fórmula simbólica, que era la del nacimiento"<sup>109</sup>. Con el análisis se trata, entonces, de una suerte de *segundo nacimiento*, "familiar a todos los psicoanalistas y en la que se expresa la voluntad de curación de los enfermos"<sup>110</sup>. La "fantasía del segundo nacimiento", que tiene lugar en la situación intrauterina del psicoanálisis, no es otra cosa que la repetición del nacimiento, ya que "desprendiéndose del objeto libidinal, representado por el psicoanalista, el enfermo tenía la ilusión de reproducir exactamente su separación del primer objeto libidinal, dicho de otro modo, su separación de su madre, en el momento de su primero, su verdadero nacimiento"<sup>111</sup>. De todo lo anterior se deduce que, de conformidad con el pensamiento de Rank, el paciente ve al analista como si fuera su madre, una madre que va a dar a luz en él, por virtud del segundo nacimiento de la curación, un ser sano que renace a una nueva vida. De ahí que diga nuestro psicoanalista: "Algunos enfermos, hombres y mujeres pertenecientes a las categorías neuróticas más diversas, que estaban sometidas a tratamiento psicoanalítico casi

---

<sup>109</sup> Ibid., p.18.

<sup>110</sup> Ibid., p.19.

<sup>111</sup> Ibid., p.20.

simultáneamente, habían identificado desde un comienzo, y ello de la manera menos equívoca, al analista con la madre, y se remitían, en sus sueños y otras reacciones, a la situación prenatal"<sup>112</sup>.

Rank se acerca hasta los bordes mismos de la teoría del análisis mayéutico. Si la *mayéutica* es el arte de dar a luz, y si el *análisis mayéutico* es la situación destinada expresamente a coadyuvar a que el individuo dé a luz por sí mismo un ser más consciente y con mayor dominio de sí, el vislumbre por parte de Rank de las "fantasías alumbradoras" de la terapia tenidas por sus pacientes, lo lleva a advertir, casi de manera plena, la esencia del psicoanálisis autogestionario. No cabe la menor duda de que tanto la asociación de la situación psicoanalítica con la situación prenatal, como la equiparación de la "curación" con el lumbramiento de una nueva personalidad, son piezas esenciales del análisis mayéutico que entraña el psicoanálisis autogestionario. Hay, sin embargo, una diferencia digna de tenerse en cuenta. Rank parece hallarse muy satisfecho con las fantasías transferenciales de los pacientes por medio de las cuáles estos últimos consideran, las más de las veces de manera inconsciente, a su médico como su madre. Con esta identificación entre el analista y la progenitora, el análisis queda

---

<sup>112</sup> Ibid., p.21.

reducido, en todo y por todo, a ser una reedición del nacimiento. Yo discrepo de esto. Creo que las fantasías de los pacientes y las intuiciones de Rank están en lo justo en lo que al renacimiento de la personalidad se refiere; pero un análisis mayéutico no puede conformarse con la asignación del papel materno al psicoanalista. El psicopromotor no es ni el padre ni la madre del paciente, sino sólo el *partero* que va a ayudar a que el paciente, en la situación intrauterina de la terapia, dé a luz, por sí mismo y en sí mismo, una nueva personalidad, más independiente y autónoma. El deseo por parte del paciente de que el analista se instale en un papel parental -y, por tanto, dirigista- debe ser combatido, mediante un proceso técnico adecuado, por un psicopromotor que rechaza el "lugar" en que quiere situarlo el proceso transferencial de su paciente.

5. A un analista pretendidamente mayéutico le puede ocurrir, sin embargo, como a muchos de los psicoanalistas que ejercen su profesión en el medio ambiente, que, deseando ser objetivos y respetuosos de la labor participativa de sus pacientes, acaben por actuar de manera autoritaria dirigista. El medio ambiente es tan poderoso que puede doblegar a no pocos espíritus dispuestos a ir contra la corriente y a favor de una manera más correcta de hacer las cosas. Por esta razón el psicoanálisis autogestionario subraya la necesidad de que

así como el *autoanálisis metapsicológico* tiene que basarse en un *análisis mayéutico*,\_este último tiene que fundarse en un *análisis pedagógico*.

El *análisis pedagógico* nos habla de la práctica propedéutica imprescindible para convertir a sus integrantes en individuos no sólo facultados para emprender, basados en sus propias fuerzas, un *autoanálisis profundo*, sino *para promover en su o sus pacientes la capacidad de liberarse de la tutela del "instructor" y poder proseguir su terapia en la forma monádica del autoanálisis metapsicológico*. Solamente está en posibilidad de prestar su ayuda, en efecto, a trabajar autoanalíticamente quien ha tenido experiencia en el trabajo específico del autoanálisis profundo.

El *análisis pedagógico* y el *análisis mayéutico* tienen ciertos elementos en común: los promotores en cada caso se proponen coadyuvar a que los pacientes puedan ascender de la diáda de apoyo a la mónada autoanalítica. El autoanálisis es, en efecto, la finalidad perseguida por ambos sistemas. El *análisis pedagógico* se diferencia, sin embargo, del *análisis mayéutico* en un punto cargado de consecuencias: mientras el *análisis mayéutico* busca que los pacientes puedan simplemente autoanalizarse, el *análisis pedagógico* se propone que los pacientes no sólo puedan autoanalizarse sino que estén en condiciones de coadyuvar, como *promotores* o *analistas mayéuticos*, a que sus pacientes adquieran la capacidad emocional y

los conocimientos técnicos indispensables para llevar a cabo un autoanálisis metapsicológico. *El análisis pedagógico es, pues, un taller de analistas autogestionarios.* Desprendida de la anterior hay además otras diferencias: mientras en el *análisis mayéutico* el psicopromotor ayuda a que su analizando comprenda teóricamente el origen de su padecimiento y el posible camino terapéutico para su desenlace, en el *análisis pedagógico* el promotor ayuda a su paciente no sólo a que comprenda teóricamente otro tanto, sino a que adquiera los conocimientos teóricos indispensables *del psicoanálisis en general* para que pueda atender y orientar a todo tipo de neuróticos. Asimismo, mientras en el análisis mayéutico el promotor presta su ayuda y su experiencia para que el paciente domine la técnica *específica e individual* que requiere su autoanálisis, en el *análisis pedagógico* el promotor no sólo hace lo anterior sino que coadyuva a que el o los pacientes que se van a convertir en psicopromotores conozcan y dominen la técnica que *en general* debe ser empleada en el autoanálisis de profundidad.

Llegamos finalmente al *autoanálisis profundo*. El autoanálisis metapsicológico implica un trabajo permanente o un trabajo esporádico de uno consigo mismo. Si el autoanálisis espontáneo es la práctica inducida por el yo *neurótico-conservador*, el autoanálisis profundo -le llamo *metapsicológico* para mostrar su

capacidad de trascender la coraza resistencial- es la práctica impulsada por el yo *demandante de equilibrio*. Una de las diferencias sustanciales entre el psicoanálisis tradicional y el *psicoanálisis autogestionario* reside en el hecho de que mientras el primero no prevé del todo, o prevé de manera insuficiente, las *recaídas* del neurótico analizado y dado de alta, el segundo focaliza en todo momento dicha posibilidad y propone la respuesta específica –concretamente el *autoanálisis*- ante ella. Quizás sea bueno recordar, a guisa de ejemplo, que Sergei Pankoff, el famoso "hombre de los lobos" analizado por Freud<sup>113</sup>, después de ser dado de alta por el creador del psicoanálisis, sufrió varias recaídas y tuvo que ser atendido por la psicoanalista Ruth Mack Brunswick. El psicoanálisis autogestionario tiene como finalidad, según lo he dicho de manera ya muy insistente, no sólo la terapia sino el autoanálisis *precisamente para que el individuo sepa combatir con buen éxito las caídas o recaídas que pueda padecer*. No descarto la posibilidad, además, de que en ciertos casos difíciles un individuo entregado a la realización de un autoanálisis de fondo, juzgue conveniente o necesario pedir un *asesoramiento* de su analista mayéutico. Esto es desde luego posible. Pero tal asesoramiento post-analítico (como la anterior *promoción* analítica del terapeuta mayéutico) no busca en ningún caso convertir al neurótico en dependiente del analista, sino precisamente

---

<sup>113</sup> Consúltese la *Historia de una neurosis infantil*, realizada hacia 1910, escrita en otoño de 1914 y editada en 1918.

guiarlo para que su autoanálisis sea efectivo y su posibilidad de prescindir del asesor un hecho. Más arriba decía, y ahora conviene retomar dicha idea, que el *psicoanálisis autogestionario* se diferencia del psicoanálisis en boga en que emplea la *hoja de papel* en lugar del *diván*. También decía que hablaba de ello en un sentido figurado y simbólico. Cuando la situación del psicoanalista es *diádica* el factor terapéutico indudable es la palabra; cuando, en cambio, dicha situación es *monádica* en el factor terapéutico central entra también la escritura. El analizando en el psicoanálisis tradicional, verbaliza desde el *diván* (o cualquier sustituto). El neurótico, en el autoanálisis de fondo, escribe sobre una *hoja de papel*. ¿Y qué es lo que escribe? Escribe sus sueños, la interpretación de sus sueños, los olvidos y las mil y una conductas asociadas con la psicopatología de la vida cotidiana, la libre asociación de ideas (o el automatismo gráfico) y, de manera muy especial, la *autobiografía* psicológica y metapsicológica. Estoy convencido de que no sólo existe la *catarsis verbal* -la liberación o el alivio del conflicto a través de la palabra- sino la *catarsis escritural*. Pienso, aún más, que la *catarsis escritural* es más profunda, más intensa y más duradera que la *catarsis verbal* por la razón siguiente: si la palabra es el vehículo de lo que se piensa y se siente, la letra es el vehículo de la palabra. Cuando escribimos, estamos hablando; pero hablando con mayor cuidado, atención, vigilancia. Las palabras se las lleva el viento y hasta puedo olvidarme de que fueron mías y nacieron de los delirios de mi lengua;

pero la escritura queda ahí, como una confesión imborrable, como la proyección de mis entrañas, como la fotografía -que puedo ver cuantas veces me sea necesario- de mi trastorno vuelto consciente, verbalizado y en su encarnación de tinta.

Los obstáculos epistemológicos que trae consigo el psicoanálisis tradicional no sólo aparecen en las tres determinaciones que empujan al analista a actuar de manera heterogestionaria -la económica, la social y la individual-, sino en el *carácter apropiativo* encarnado en cada una de estas manifestaciones de la contratransferencia (en el sentido amplio de la expresión). En el primer caso, es frecuente que el analista más que ir en pos, antes que nada y de manera jerárquicamente inconfundible, de la salud, la conveniencia, la madurez psicológica de su paciente, tiene en cuenta la necesidad de poseer un ingreso pecuniario que le permita hacer frente a la inseguridad económica. En el segundo ejemplo, el médico, en lugar de subordinar su actividad terapéutica a las necesidades objetivas del neurótico, hace derivar inconscientemente su relación con él, de la *apropiación* informativa y experimental que lo convierte en un intelectual del psicoanálisis. En la tercera causa, el psicoanalista reedita todas las *pulsiones apropiativas* que traiga consigo su contratransferencia individual. Estoy convencido de que la *pulsión apropiativa*<sup>114</sup> encarna de tal manera en los mecanismos

---

<sup>114</sup> de la cual he hablado detalladamente en otro sitio.

que hacen acto de presencia en la situación psicoanalítica -la transferencia y la contratransferencia- que no es posible entender a cabalidad estos fenómenos sin dicha pulsión. Conviene no olvidar que lo característico de la transferencia - y también de la llamada neurosis de transferencia<sup>115</sup> - es, como dice Freud, "la sustitución de una persona anterior por la persona del médico". Creo que lo medular en esta sustitución es la reproducción, en el desplazamiento, de dos movimientos característicos de la psique: la *identificación* y la *elección de objeto*. La transferencia es siempre, me parece, la reedición de la identificación y/o la elección de objeto que se tuvo por "una persona anterior" y que ahora se proyecta a "la persona del médico". Si una paciente *eligió* amorosamente a su padre, puede reemplazar a su progenitor por su analista (hombre) y tener una fuerte inclinación por él. Si otra paciente se identificó, en cambio, con su padre y tuvo una elección de objeto con su madre, puede sustituir a su analista (mujer) por su progenitora y tener una franca inclinación lesbiana por ella, etc. Puesto que tanto la identificación como la elección de objeto son expresiones del *principio de la apropiación*, y puesto que son mecanismos fundamentales de la transferencia, puedo afirmar que, en lo medular, la transferencia y la contratransferencia son movimientos

---

<sup>115</sup> "Básicamente, la introducción del término *neurosis de transferencia* expresa el reconocimiento de Freud de que la transferencia humana general se transforma en una relación sistemática bajo la influencia de la situación analítica y en presencia de tipos neuróticos de disposiciones transferenciales", Helmut Thöma y Horst Kächele, *Teoría y práctica del psicoanálisis*, op. Cit., p. 74.

psíquicos en que encarna la pulsión apropiativa. El *psicoanálisis autogestionario* tiene que trascender los obstáculos epistemológicos que se presentan al psicoanálisis y superar los aspectos negativos - con inclusión de las encarnaciones apropiativas - de la transferencia y de la contratransferencia. *Estoy convencido de que si en el psicoanálisis tradicional la transferencia puede ser superada hasta cierto punto - lo vivido puede ser verbalizado-, la contratransferencia en el sentido amplio de expresión, no puede serlo*. Aún más. Creo que la única manera de superar la contratransferencia del analista es asumir el *psicoanálisis autogestionario*, es decir, asumir un psicoanálisis que no se halla perturbado por la triple causa que lleva inconscientemente al analista a la heterogestión.

6. Antes de proseguir, quiero recordar la inconsecuencia en la que cae inevitablemente el psicoanálisis común y corriente. Una de las afirmaciones caras a este último es, rememoremos, la de que todo psicoanalista debe ser, a su vez, psicoanalizado. Pero si tomáramos en serio esta aseveración caeríamos en una *regresión al infinito* porque si el paciente es analizado por un analista que es paciente de otro analista y éste es asimismo paciente de un analista más, etc., caeríamos en una cadena indefinida de analistas psicoanalizados cuyo producto terminal sería el paciente que no tiene la pretensión de psicoanalizar a nadie. Sin embargo, la cadena infinita (que teóricamente debería de existir) forzosamente se rompe de manera

arbitraria en algún punto. Para que exista el psicoanálisis -puesto que la regresión *ad infinitum* es imposible- tiene obligatoriamente que comenzar con alguien que analiza sin analizarse<sup>116</sup>. Ahora bien, ¿cómo es posible analizar sin analizarse o, lo que tanto vale, cómo es posible psicoanalizar a alguien sin ser psicoanalizado por nadie? La inconsecuencia del psicoanálisis tradicional estriba en el hecho de que aunque preconiza la necesidad de una cadena heterogestionaria -en que todo analista debe ser psicoanalizado- *se ve forzado a aceptar, en la práctica, un eslabón inicial de la cadena (el analista que analiza sin analizarse) en el que se supone la capacidad de autoanalizarse profundamente*<sup>117</sup>. Este psicoanálisis introduce de contrabando, por consiguiente, la autogestión psicoanalítica.

El *psicoanálisis autogestionario* no cae en la inconsecuencia del psicoanálisis en boga porque modifica tajantemente su concepción de la terapia. Es, en efecto, un psicoanálisis que sustituye la necesidad de la cadena indefinida de analistas analizados, por una serie de actos tendientes a la autogestión o una cadena definida de protagonistas: el

---

<sup>116</sup> O que -como ocurre con frecuencia- analiza sin analizarse en la actualidad; pero que se analizó en el pasado.

<sup>117</sup> La suposición es ésta; pero no me cabe la menor duda de que hay muchos "eslabones primarios" que más que llevar a cabo un autoanálisis de profundidad, lo que hacen es un autoanálisis espontáneo o sea esa práctica introspectiva y conformista que se adapta perfectamente al neurótico y sus resistencias.

analista pedagógico (que analiza sin analizarse), el analista mayéutico (que hace otro tanto) y el paciente (que se autoanaliza sin analizar).

Es importante tener en cuenta, por último, que además del autoanálisis espontáneo y el autoanálisis profundo, existe un autoanálisis al que podemos dar el nombre de *autoanálisis fundante*. Pensemos, por ejemplo, en el proceso de génesis del psicoanálisis. Al principio de su carrera, Freud no podía ser psicoanalizado -en un análisis didáctico- por la sencilla razón de que antes de él no existía el psicoanálisis. El tuvo, pues, que empezar a analizar sin psicoanalizarse. Claro que, para hacer tal cosa, tuvo que llevar a cabo un autoanálisis *sui generis*<sup>118</sup>: un *autoanálisis fundante de la teoría psicoanalítica*. El *autoanálisis fundante* no puede ser, desde luego, un autoanálisis superficial y espontáneo: si hubiera coincidido con una mera introspección conformista no habría develado, como develó, los secretos más íntimos del aparato anímico. El *autoanálisis fundante* es un tipo especial de autoanálisis metapsicológico -al que pudo entregarse Freud guiado por las temeridades e intuiciones de su genio- en que no sólo se lleva a cabo un examen a profundidad de los conflictos psíquicos (tras de dominar, desde luego, las resistencias), *sino que se teoriza lo investigado y se realizan las generalizaciones pertinentes*. El *autoanálisis fundante* no es privativo de Freud. Es cierto que en él,

---

<sup>118</sup> que se puede apreciar con toda claridad en su correspondencia con Fliess. Se ha dicho que Freud escogió, de hecho, a Fliess como su analista. Yo creo, más bien, que lo escogió inconscientemente como una referencia o un pretexto para llevar a cabo su *autoanálisis fundante*.

como creador de la nueva ciencia, adquiere su perfil más radical y evidente; pero creo que todos los psicoanalistas que hayan aportado elementos teóricos y generalizaciones válidas para el conocimiento de la psique, lo han podido hacer no sólo por el análisis de sus pacientes sino por un *autoanálisis fundante* del que han tenido una intuición determinada. Con todo lo anterior quiero dar a entender que, ocasionalmente, los individuos pueden llevar a cabo, guiados por su intuición, y en condiciones especiales, un *autoanálisis metapsicológico* y hasta *fundante*. Pero también querría subrayar que el *psicoanálisis autogestionario* se propone convertir la excepción en regla, el surgimiento ocasional de un autoanálisis de profundidad en la práctica, sistemática de la capacitación de los neuróticos para que puedan llevar a cabo de manera permanente un autoanálisis de profundidad.

7. Me parece no sólo útil sino indispensable que el analista autogestionario -tanto el analista *pedagógico* como el analista *mayéutico*- analice con detenimiento y espíritu crítico los historiales clínicos de Freud<sup>119</sup>. El carácter de aquel analista -como promotor del análisis mayéutico (si es un analista pedagógico) y como promotor del autoanálisis profundo (si es un analista mayéutico)- lo obliga a estar al tanto del mecanismo central de los trastornos psíquicos y nerviosos en general. Pero es importante subrayar que los historiales clínicos escritos por Freud

---

<sup>119</sup> Y no sólo, desde luego, los de Freud.

pertenecen a dos épocas claramente diferenciadas: unos fueron escritos antes de que el psicoanálisis estuviera plenamente constituido como ciencia -son producto, por consiguiente, de la *prehistoria* del psicoanálisis (aunque de una prehistoria en trance de superación)- y otros fueron redactados después de la irrupción revolucionaria del psicoanálisis conformado. A la primera época pertenecen, por ejemplo, los historiales de la Sra. Emmy von N, de Miss Lucy R., de Catalina y de la Srita. Isabel de R. El más antiguo de éstos -de la Sra. Emmy von N- data de 1889 y el más nuevo -de la Srita. Isabel de R.- data de 1892. A la segunda época -después de *La interpretación de los sueños* y de su famoso capítulo VII- pertenecen el *Análisis fragmentario de una histeria* (1889 ó 1900), *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909), *Un caso de neurosis obsesiva* (1909), *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) autobiográficamente descrito* (1911) e *Historia de una neurosis infantil* (1914).

8. Aunque no es el tema del presente texto, ni tengo la posibilidad de tratar tal asunto ahora con profundidad, quiero dejar en claro, aunque sea brevemente, cuál es mi opinión acerca del nacimiento del psicoanálisis. Me parece acertada la afirmación de que el nacimiento de una ciencia social -por ejemplo el marxismo- no puede ser interpretado como *un acto puramente teórico*. Una concepción semejante consistiría en convertir lo decisivo en absoluto

y operar de manera teoricista. Pero el combate contra el teorismo, contra el olvido del conjunto de prácticas no teóricas que inciden, con su propia especificidad, en la emergencia de la ciencia de la historia, no debe conducirnos a diluir la práctica *esencial para la constitución* (la teórica) en las prácticas necesarias pero no suficientes (las no teóricas). En efecto, la historia real o la práctica política por sí solas, sin hallarse acompañadas por la producción *teórica* marxista, no hubieron conducido a la ruptura de Marx con Hegel o a la del Marx maduro con el joven. La historia real y la práctica política deben incorporarse, sin lugar a dudas, en la explicación del corte, de la *irrupción social* de la ciencia de la historia. Pero al mismo tiempo debe subrayarse que, dentro de esa *irrupción social* del marxismo, el corte epistemológico, la *producción teórica constitutiva* de la nueva ciencia tiene un lugar decisivo.

Creo que el concepto de *irrupción social* también conviene a la génesis del psicoanálisis. La aparición de la *ciencia del aparato psíquico* no podría entenderse sin la *articulación - para - el - cambio* de un conjunto de prácticas -económicas, sociales, políticas, culturales, etc.- que anteceden y fundan la posibilidad y realidad de la nueva ciencia. También en el psicoanálisis, como en el marxismo, la ruptura teórica representa, al interior de la *irrupción social* de la nueva disciplina, un factor decisivo para la constitución. Sin embargo, la

*práctica teórica constitutiva* no podría haberse llevado a efecto en el caso del psicoanálisis sin el *autoanálisis fundante* de Freud. Es evidente de por sí que si Freud no hubiera trascendido las resistencias emanadas de su psique, no habría podido tener lugar el surgimiento de la nueva ciencia. Esta característica del psicoanálisis freudiano -la de conformarse *a partir sobre todo de una teorización fundada en un autoanálisis intuitivamente autogestionario-*, diferencia a la nueva ciencia de otras ciencias sociales.

9. Vuelvo a los *historiales clínicos* de Freud. Estoy convencido de la necesidad de que el analista autogestionario emprenda un minucioso examen de ellos y que, en tal tarea, no olvide, por un lado, que unos pertenecen a la *prehistoria* del psicoanálisis freudiano y otros pertenecen a la *historia* de éste y tampoco deje de lado, por otro, un espíritu crítico que conduzca a considerarlos de manera creativa a la luz de nuevas reflexiones y propuestas.

Me parece acertada la distinción, propuesta por José Perrés, entre una *epistemología de Freud* y una *epistemología freudiana*<sup>120</sup>. Desde la óptica de la epistemología de Freud, conviene subrayar que el creador del psicoanálisis "es hijo de su época y comparte con ella un cierto paradigma de ciencia: la idea de que las únicas ciencias posibles son las ciencias naturales o ciencias de la naturaleza (frente a la especulación de las ciencias del espíritu) y que el método

---

<sup>120</sup> en *El nacimiento del psicoanálisis*, op. Cit., p. 406.

científico emerge de la filosofía positivista"<sup>121</sup>. Desde el punto de vista de la epistemología de Freud "le podemos dar una parte de razón a los autores que han sostenido que Freud era un empirista y un positivista"<sup>122</sup>. Pero lo que ha gestado Freud "va mucho más allá, a nivel epistemológico, de sus consideraciones y sobre el tema. Freud ha abierto una nueva epistemología"...<sup>123</sup>. "La epistemología freudiana ... supone una aproximación epistemológica a la fundación del psicoanálisis y al proceso de producción del saber psicoanalítico efectuado por Freud, tanto como al análisis de los resultados en sí mismos, más allá de sus declaraciones y de sus fuentes epistemológicas, todo lo que constituiría la epistemología de Freud"<sup>124</sup>. De extremo interés sería hacer fundamentales que, con independencia de las coincidencias, existen entre la *epistemología de Freud* y la *epistemología freudiana*, en el entendido de que la primera se limita a la idea que se hacía Freud de sus aportaciones, mientras que la segunda alude al carácter científico y epistemológico de la nueva ciencia por él fundada. Tal tarea excede a la temática de este libro y a los

---

<sup>121</sup> Ibid., p.468.

<sup>122</sup> Ibid., p. 472.

<sup>123</sup> Ibid., p. 491.

<sup>124</sup> Ibid., p. 491. Dice también Perrés: cuando hablamos "de `epistemología freudiana', nuestra perspectiva cambia y nos referimos a la epistemología generada por Freud como resultado de la fundación del psicoanálisis, la que debe ser deducida, reconstruida, desde dentro y a partir de la teoría psicoanalítica por él producida. Esa epistemología sostiene sus descubrimientos, su forma de operar, los modos de producir conocimiento psicoanalítico, etc., más allá de la `epistemología de Freud', con la que no siempre encontramos concordancia sino niveles simultáneos de coherencia y rupturas, de continuidad y discontinuidad ", ibid, p.498.

conocimientos del autor; pero creo posible afirmar que *aunque la epistemología de Freud oscila, en lo que a la técnica psicoanalítica se refiere, entre la autogestión y la heterogestión, la epistemología freudiana, de modo embrionario, tiene una tendencia franca y decididamente autogestionaria.*

10. El método clínico de la *asociación libre* -a diferencia de los métodos hipnóticos y sugestivos que usara inicialmente Freud- es la introducción en la terapia psicológica de un elemento indudablemente autogestionario. A partir del establecimiento del método psicoanalítico fundamental, el paciente ya no es el *enfermo pasivo* sometido al diagnóstico, al tratamiento y las recomendaciones del facultativo, sino un individuo que interviene *activamente* en el proceso de su análisis y de su curación. El acceso a la "regla básica" del psicoanálisis no fue sencilla para Freud; los prejuicios psiquiátricos, la tradición médica y la fuerte tendencia heterogestionaria que predominaban en las instituciones hospitalarias de la Europa de entonces se oponían a ello. Como se sabe, en el hallazgo de la *asociación libre* influyeron poderosamente algunos pacientes de Freud. En el historial clínico de la Sra. Emmy von N., Freud escribe: "Por algún camino doy en preguntarle por qué ha tenido dolores de estómago, y de dónde provienen. Yo creo que en ella los dolores de estómago acompañan a cada ataque de zoopsia. Su respuesta, bastante renuente, fue que no lo sabe. Le doy un plazo hasta

mañana para recordarlo. Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando siempre de dónde viene esto y estotro, sino dejarla contar lo que tiene que decirme. Yo convengo en ello"...<sup>125</sup> . Si Freud no hubiera tenido sensibilidad al requerimiento de algunos de sus analizandos o si el prejuicio psiquiátrico heterogestionario hubiera dominado siempre la escena, el descubrimiento de la "regla básica" no habría tenido lugar. Freud, entonces, muy atento a los puntos de vista de sus pacientes, cuestiona sus propias intervenciones: "Noto que así no consigo nada, que no puedo ahorrarme el escucharla en cada punto hasta el final"<sup>126</sup>. Freud halla en el paciente una "fuerza colaboradora" y encuentra que ésta se manifiesta con toda claridad en lo que después será bautizado con el nombre de la "regla fundamental" del psicoanálisis. Freud reconoce, por ejemplo, que el enfermo es capaz de evocar "multitud de reminiscencias sin que sea preciso hacerle preguntas"<sup>127</sup>. La *catarsis* -método empleado primeramente en vinculación con la hipnosis y después utilizado de manera aislada- conlleva o implica un trabajo psíquico por parte del neurótico cuando emerge como producto de la *asociación libre*.

---

<sup>125</sup> "estudios sobre la histeria", en *Sigmund Freud Obras completas*, T.II, op. Cit., p. 84.

<sup>126</sup> *Ibid.*, p.83

<sup>127</sup> *Ibid.*, p. 297.

Otro elemento autogestionario que aparece con frecuencia en el análisis llevado a cabo por Freud tiene que ver con los conocimientos o la teoría. A diferencia de muchos analistas posteriores, que son renuentes a que el psicoanalista desempeñe con sus pacientes cualquier función pedagógica o mayéutica, Freud no tiene empacho en informar a sus analizandos de algunos aspectos importantes de la teoría psicoanalítica. De ahí que escriba: "Uno debe decirse ante todo que la resistencia psíquica, en particular una constituida desde hace largo tiempo, sólo se puede resolver de manera lenta y poco a poco, y es preciso armarse de paciencia. Además es lícito contar con el interés intelectual que empieza a moverse en el enfermo apenas comenzado el trabajo. En la medida en que se lo esclarece, en que se le hace comunicaciones sobre el maravilloso mundo de los procesos psíquicos, del cual uno mismo ha obtenido visiones en virtud de tal análisis, se lo lleva a considerarse a sí mismo con el interés objetivo del investigador"<sup>128</sup>. Esta actitud pedagógica de Freud, destinada a convertir al paciente en colaborador de su analista, puede ser documentada con muchas citas. "Yo le había presentado el concepto de `resistencia' al comienzo de esta sesión"...<sup>129</sup>. "Como él cuenta que sólo los

---

<sup>128</sup> Ibid., p. 288.

<sup>129</sup> "A propósito de un caso de neurosis obsesiva", en *Sigmund Freud Obras completas*, T.X., op. Cit., p.132.

consuelos de su amigo lo habían sostenido entonces, pues siempre le rechazaba esos reproches por muy exagerados, yo me valgo de esta ocasión para proporcionarle la primera visión sobre las premisas de la terapia psicoanalista"<sup>130</sup>. "Ilustro mis breves indicaciones sobre el distingo psicológico de lo consciente respecto a lo inconsciente"<sup>131</sup>. "Tras este dicho ... considero adecuado exponerle otro pequeño fragmento de la teoría"<sup>132</sup>. El "Hombre de los Lobos" escribe en sus memorias: "en mi análisis con Freud yo no me sentía tanto en la situación de paciente como en la de colaborador...Esa sensación de `trabajar juntos' se intensificaba por el hecho de que Freud reconociera mi comprensión del psicoanálisis, de modo que una vez llegó incluso a decir que sería bueno que todos sus discípulos pudieran captar la esencia del psicoanálisis con tanta seguridad como yo"<sup>133</sup>. También el "Hombre de los Lobos" dice: "el propio Freud creía que el tratamiento de una neurosis grave era al mismo tiempo una educación del paciente. No necesito destacar el hecho de que Freud practicaba esa tarea educativa de la manera más delicada"<sup>134</sup>.

---

<sup>130</sup> Ibid., p. 139.

<sup>131</sup> Ibid., p. 140.

<sup>132</sup> Ibid., p. 142.

<sup>133</sup> "El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos", en *Los casos de Sigmund Freud*, T.I, Ediciones Nueva Visión, B.Aires, 1983, p. 164.

<sup>134</sup> Ibid., p. 165.

Se ha dicho que en la creación del psicoanálisis colaboraron una paciente (Anna O.), un terapeuta (Breuer) y un teórico (Freud)<sup>135</sup>. La colaboración de Anna O fue decisiva ya que propuso, como se sabe, la "curación por la palabra". Si tomamos en cuenta esto, y de manera simultánea la definición del psicoanálisis como "el arte y la ciencia de escuchar con paciencia"<sup>136</sup>, advertimos con toda nitidez la *tendencia* autogestionaria de Freud. Por otro, el analista debe adquirir el mayor grado posible de objetividad (de ahí la necesidad de su "atención flotante"). Freud lo dice así: "la técnica psicoanalítica correcta ordena al médico sofocar su curiosidad y deja al paciente la libre disposición sobre la secuencia de los temas en el trabajo"<sup>137</sup>. Freud llega a reconocer incluso "cuan insuficiente es por lo general la combinación del médico para solucionar los problemas planteados"...<sup>138</sup>.

La excitativa de Freud a que los pacientes hagan un trabajo propio, a que dejen de ser pasivos y a que, en fin, se conviertan en colaboradores del analista en la situación psicoanalítica, son todos ellos elementos que tienden, pero sólo tienden, a la autogestión. En contra de esta tendencia no sólo hay en Freud otro conjunto, igualmente relevante, de factores dirigistas, "psiquiátricos" (consustanciados con el analista)

---

<sup>135</sup> Peter Gay, *Freud. Una vida de nuestro tiempo*, Paidós, 1989, p. 91.

<sup>136</sup> *Ibid.*, p. 297.

<sup>137</sup> "A propósito de un caso de neurosis obsesiva" (1909) en *Sigmund Freud Obras completas*, T. X., op. cit., p. 138.

<sup>138</sup> "De la historia de una neurosis infantil" (1918 [1914]) en *Sigmund Freud Obras completas*, T. XVII, op. cit., p. 82.

sino el concepto central mismo de la terapia analista consistente *en que el fin del psicoanálisis es el conocimiento del aparato psíquico del paciente y sus disfunciones patológicas con el objeto de restablecer o conquistar un equilibrio "sano"*.

No sólo los métodos de la hipnosis y de la sugestión son heterogestionarios. No sólo el procedimiento hipnocatártico o la catarsis (ya liberada del hipnotismo) lo son también, sino que hay una serie de elementos, actitudes, comportamientos del joven Freud (y también del maduro) con sus analizandos que caen más del lado de la heterogestión (o de la psicoterapia dirigista) que de la autogestión (o del autoanálisis profundo). Cuando Freud escribe: "Tales experiencias me dejaron la impresión de que un mero esforzar (Drngen) podía hacer salir a la luz las series de representaciones patógenas cuya presencia era indudable" y cuando añade: "y como ese esforzar costaba empeños y me sugería la interpretación de tener que superar yo una resistencia"<sup>139</sup>, nos muestra una relación francamente dirigista por parte del médico. No niego que, dentro de los parámetros de la concepción psiquiátrica tradicional, no sea necesario en ocasiones el *apremio* o el esfuerzo del analista, dado que, desde el principio del tratamiento y a través de toda la terapia, la enfermedad del paciente es concebida por el facultativo y por el propio enfermo como una enfermedad "vuelta hacia el médico" (o extravertida) y no un

---

<sup>139</sup> "Estudios sobre la histeria" (1893-95) en *Sigmund Freud Obras completas*, T.II, op. cit., p.275.

padecimiento que, reapropiado por el paciente, o en proceso de reapropiación, se convierte en el objeto a vencer por parte del análisis o autoanálisis del neurótico. Freud llega al extremo de afirmar: "desde luego, es de alto valor para el progreso del análisis que uno siempre lleve razón frente al enfermo; de lo contrario se depende de lo que él tenga a bien comunicar"<sup>140</sup>. En ocasiones el joven Freud se acerca a la "regla básica", al elemento embrionariamente autogestionario de su teoría; pero los prejuicios heterogestionarios son tales que retrocede asustado ante su audacia. Esto es evidente en la siguiente cita: "Si uno inhibe al enfermo en la reproducción de las ocurrencias que le afluyen, es posible que quede `enterrado' mucho de lo que luego será preciso, empero, liberar con gran trabajo. Por otra parte, no es lícito sobrestimar su `inteligencia' inconsciente no confiarle la guía de todo el trabajo"<sup>141</sup>. En verdad el temor de abandonar "la guía de todo el trabajo" al analizando siempre estuvo presente en Freud.

Es interesante subrayar que mientras en mi caso comparo el psicoanálisis autogestionario con el acto de dar a luz -en que el paciente alumbra su "salud" y crecimiento con la ayuda, pero sólo la ayuda, del partero-analista<sup>142</sup>- Freud compara al análisis con una

---

<sup>140</sup> Ibid., p. 287. La misma idea aparece en estas palabras: "Junto a los motivos intelectuales a que se apela para superar la resistencia, rara vez se podrá prescindir de un factor afectivo, el prestigio personal del médico", *ibid.*, p. 289.

<sup>141</sup> Ibid., p.297.

<sup>142</sup> Y más aún, gusto de comparar el análisis mayéutico con el tratamiento ginecológico llamado profiláctico, que enseña a parir no sólo sin dolor, sino prácticamente sin ginecólogo.

operación. Dice: "Entre mí he comparado a menudo la terapia catártica con una intervención quirúrgica, designando a mis curas como unas *operaciones psicoterapéuticas*, y seguido las analogías con la apertura de una cavidad llena de pus, la extirpación de una región cariada, etc"<sup>143</sup>.

El joven Freud acepta y aun fomenta la colaboración del paciente. No lo quiere pasivo del todo. Pero cree que su "trabajo" -por ejemplo evocar recuerdos y asociar ideas- debe llevarse a cabo dentro de los marcos del tratamiento médico y de su función interpretativa. De ahí que asiente: "Se hará bien en dejarlo reproducir durante algún tiempo sin ejercer influjo sobre él; es cierto que él mismo no es capaz de descubrir importantes nexos, pero es conveniente dejar en sus manos el desmontar materiales dentro del mismo estrato. Las cosas que aporta de ese modo parecen a menudo inconexas, pero proporcionan el material que cobrará vida mediante un nexo discernido más tarde"<sup>144</sup>. Las evocaciones del paciente, su trabajo psíquico, ofrecen, entonces, la materia prima sobre la cual opera el dueño de *medios psicoanalíticos de producción*. La actividad del neurótico se reduce a proporcionar el "material" con el que el analista llevará a cabo una *interpretación*. No ignoro tampoco que, en la mayoría de los casos, los pacientes están incapacitados, no sólo por su falta de conocimientos, sino también por sus resistencias y su "punto de vista" acerca de su propia

---

<sup>143</sup> Ibid., p. 308.

<sup>144</sup> Ibid., p. 297.

enfermedad<sup>145</sup>, para interpretar correctamente el carácter, la gravedad y el origen de sus trastornos. El autoanálisis espontáneo, lo he dicho ya, está destinado al fracaso y quisiera añadir que sólo un *autoanálisis promovido* -supervisado primero e independiente después- podría sustituir al intérprete externo por uno interior. Pero Freud, en todas sus épocas, se limita a ver al paciente como aquel factor de la diáda que proporciona los elementos o el material que le sirven al médico -que es el poseedor de la metodología y de los conocimientos *ad hoc*- para hacer la interpretación requerida.

Freud está convencido de que: "Lo que uno puede liquidar de por sí sólo son perturbaciones leves, nunca una neurosis que se haya contrapuesto al yo como algo ajeno"<sup>146</sup>. Se trata, sin duda, de una afirmación heterogestionaria. Pero Freud no deja de tener razón *en el terreno del psicoanálisis tradicional* porque tanto las neurosis severas como las muy graves sólo pueden ser erradicadas por el autoanálisis, cuando éste no sea espontáneo, sino promovido. En la polémica *psicoanálisis de Freud/autoanálisis espontáneo*, le asiste la razón al primero. O digámoslo así: es posible que el autoanálisis espontáneo cure algunas leves perturbaciones o rasgos neuróticos de una persona común; pero dicha práctica no puede nada, en general, en contra de las neurosis serias y, sobre todo, de las neurosis graves. Freud no toma en cuenta

---

<sup>145</sup> a la que ven como "vuelta hacia fuera" o extravertida.

<sup>146</sup> "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)" (1909) en *Sigmund Freud Obras completas*, T:X, op. cit., p.86.

la posibilidad de que exista un autoanálisis no espontáneo, sino promovido, posibilitado o preparado. Y este autoanálisis, al que le he dado el nombre de *metapsicológico*, es capaz de tenérselas que ver con todo tipo de neurosis o de tendencias neuróticas.

El comportamiento terapéutico de Freud se revela como francamente heterogestionario en el caso de Dora. En el historial clínico de ésta, que es algo así como la continuación de *La interpretación de los sueños*, Freud "seguía las directrices de su práctica de aquella época, posteriormente muy modificadas, presentando interpretaciones inmediatas y enérgicas"<sup>147</sup>. En ocasiones, parece no haber comprendido a Dora ni haber sabido ponerse en su lugar. Cuando él brindaba una interpretación y ella se negaba rotundamente a aceptarla, Freud interpretaba la negación como una enfática afirmación en sentido contrario. De ahí que dijera: "El 'No' que no oye de labios de un paciente después de haberle presentado a su percepción consciente, un pensamiento reprimido, no hace más que registrar la represión y su carácter decisivo y, por así decirlo, mide su fuerza. Si uno no toma este 'No' como la expresión de un juicio imparcial, del cual el paciente en realidad no es capaz, si no lo tiene en cuenta y continúa con el trabajo, pronto aparecerán pruebas de que 'No', en tales casos, significa el deseado 'Sí'."<sup>148</sup>. Esta posición podría ser calificada de "arrogancia dogmática" (Gay) en virtud de que

---

<sup>147</sup> Peter Gay, *Freud. Una vida de nuestro tiempo*, op. cit., p. 286.

<sup>148</sup> Citado por Meter Gay, *Ibid.*, p. 289.

la interpretación del analista se veía corroborada incluso por la negativa o el rechazo permanente del neurótico, y es que Freud "aunque dedicado profesionalmente a escuchar, no estaba escuchando, sino forzando lo que le decían sus analizandos para que se adecuara a una pauta determinada"<sup>149</sup>. Freud no advirtió los peligros de esta posición -en que la heterogestión se confundió con el dogmatismo- sino hacia el final de su vida: "Si el paciente está de acuerdo con nosotros -escribió en uno de sus últimos artículos en 1937-, entonces está en lo cierto; si nos contradice, entonces se trata sólo de un signo de resistencia, lo que de nuevo nos da la razón. De este modo siempre tenemos razón contra el pobre individuo desvalido que estamos analizando, sea cual fuere la actitud que adopte con respecto a nuestras imputaciones"<sup>150</sup>. Según el Freud de esta época el analista debe ser "tan escéptico con relación al asentimiento del analizando, como respecto a sus negaciones"<sup>151</sup>. ¿Pero cuál es la razón por la cual el Freud de principios de siglo pensaba que el analista (independientemente de lo que dijera el neurótico) creía que su interpretación era la atinada? Me parece que ello tiene que ver con una determinación de clase y con una determinación psicoanalítica. La determinación de clase -de *clase intelectual*- hacía que el profesional, el teórico, el dueño de la herramienta hermenéutica de la nueva disciplina

---

<sup>149</sup> Citado por Meter Gay, *Ibid.*, p. 289.

<sup>150</sup> Citado por Meter Gay, *Ibid.*, p. 289.

<sup>151</sup> Citado por Meter Gay, *Ibid.*, p. 289.

psicológica, no podía equivocarse frente a las opiniones del lego, del ignorante, del desposeído de información<sup>152</sup>. La determinación psicoanalítica, hacía que el analista (tras de consentir, y tal vez incluso alentar, la *enfermedad extravertida* del analizando) actuara inconscientemente como uno de los padres del neurótico (o cualquier subrogado de éstos) que busca al médico y, a través de éste, sabe del diagnóstico y entrevé la curación<sup>153</sup>. Freud "todavía no había advertido que someter a presión a un paciente es un error técnico. Con pacientes posteriores fue menos exigente, menos dominante, en parte a las lecciones que recibió de Dora"<sup>154</sup>.

A pesar, sin embargo, de la superación de los métodos más autoritarios -forzar la situación, apremiar, imponer, etc.- y de preferir procedimientos más "colaboracionistas" y respetuosos, la posición clínica de Freud no rebasa la estructura de la heterogestión terapéutica. La razón fundamental de ello estriba en que Freud pensó siempre que la *finalidad* del psicoanálisis -como una rama más de la medicina- es la de brindar un alivio o una curación a los pacientes<sup>155</sup>. El psicoanálisis autogestionario formula las cosas de manera

---

<sup>152</sup> De ahí que el analista pensara que "siempre tiene razón contra el pobre individuo desvalido" que analizaba.

<sup>153</sup> Todo analista heterogestionario, al condenar a su paciente a la inmadurez y a la dependencia, une en una figura (la del *padre-médico*) las dos imágenes (padre y madre doctor) divididas durante la niñez del paciente.

<sup>154</sup> Ibid . p. 290.

<sup>155</sup> O, como dice Horney, "era la comprensión y eliminación eventual de los desórdenes evidentes", *El autoanálisis*, Editorial Psique, B.Aires, 1974,p.8.

distinta. *El fin del análisis no es sólo el hecho de curar o aliviar un trastorno extravertido, sino de coadyuvar a que el paciente pueda combatir el o los conflictos introvertidos.* El psicoanálisis autogestionario difiere, pues, del psicoanálisis profesional en boga, en que mientras este último tiene la finalidad de curar al enfermo, el primero tiene como objeto lograr un autoanálisis profundo con el cual el paciente pueda consumir su *autocuración*. El propósito esencial del psicoanálisis autogestionario sigue siendo, desde luego, combatir la enfermedad y ayudar al enfermo; pero la herramienta para llevar a cabo tal cosa es el *propio paciente independizado de cualquier tutela terapéutica*, lo cual significa *que el psicoanálisis debe llevarse a cabo, desde el principio, con la finalidad de prescindir del psicoanalista*. Las afirmaciones: *el fin del psicoanálisis debe ser el autoanálisis y el psicoanálisis debe prescindir de los psicoanalistas* tienen, pues, el mismo sentido. Para llevar a cabo ambas afirmaciones se requiere combatir una doble resistencia que nunca, o casi nunca, se menciona: *la resistencia del analista a dejar la heterogestión*<sup>156</sup> *y la resistencia del paciente a asumir la autogestión.*

11. Convengo con José Perrés en que existen, en la obra de Freud, los siguientes periodos metodológicos (los cuales implican diversos procedimientos técnicos):

---

<sup>156</sup> El psicoanalista, dice Braunstein, "sólo podrá curar en la medida en que renuncie al deseo de curar", *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis* (hacia Lacan) op. cit., p.201.

- 1) Método "tradicional": tratamientos físicos y tratamiento "moral".
- 2) Método de sugestión hipnótica.
- 3) Método hipnocatártico.
  - a) Momento inicial: esbozo del método hipnocatártico.
  - b) Método hipnocatártico propiamente dicho.
- 4) Método catártico y
- 5) Método de asociación libre o método psicoanalítico<sup>157</sup>.

Los tratamientos asociados al método tradicional eran físicos y "morales". Los primeros "consistían en electroterapia (fundamentalmente faradización parcial y total, aunque también aplicación de corriente galvánica), distintas formas de hidroterapia y de determinadas sustancias farmacológicas"<sup>158</sup>. Con los tratamientos morales "se trataba de hacer retornar al alienado a los `caminos de la razón'. Para ello el psiquiatra, ubicado en un papel ético, utilizaba toda su influencia personal desde un rol paternalista para aconsejar, premiar, reprochar, amenazar e, incluso, castigar con severidad"<sup>159</sup>. Digámoslo así: el terapeuta se ubicaba frente al enfermo como una reedición del padre severo o como una proyección de un superyó

---

<sup>157</sup> José Perrés, Proceso de constitución del método psicoanalítico, UAM-X, México, 1989, pp.16-17.

<sup>158</sup> Ibid., p.24.

<sup>159</sup> Ibid., p.25

implacable. Tiene razón Perrés cuando hace notar que en esencia este método fue convirtiéndose "cada vez más en una técnica de manipulación psicológica"<sup>160</sup> y también "que las etapas por las que atravesó dicho tratamiento no constituyen más/ progresivos refinamientos de un mismo método...orientado a obtener la total maleabilidad del paciente que debe ser 'transformado' de acuerdo a los valores del médico"<sup>161</sup>.

El método de *sugestión hipnótica* empleado por Freud después del precedente es en realidad una especie de síntesis de las técnicas terapéuticas empleadas por las escuelas de Salpêtrière (Charcot) y de Nancy (Liebault y, sobre todo, Bernheim). "Freud oscila en forma ambivalente entre las posturas de Charcot, a quien da prioridad, y las de Bernheim, que valida con ciertas reservas"<sup>162</sup>. En Freud, el tránsito de un método a otro no es lineal y tajante. Frecuentemente, al emplear un nuevo método, no deja de echar mano del método o métodos anteriores. Esto es evidente, sobre todo, antes de la utilización de la metodología francamente psicoanalítica. En el tratamiento de Emmy von N. Empleó Freud los siguientes métodos: tratamientos físicos, tratamiento "moral", sugestión hipnótica y método hipnocatártico"<sup>163</sup>. Aunque Freud defiende en este momento la necesidad de la terapia sugestiva y subraya su carácter inofensivo, afirma de pronto: "Pero quizás lo reprochable sea

---

<sup>160</sup> Ibid., p 25.

<sup>161</sup> Ibid., p.28

<sup>162</sup> Ibid., p.46

<sup>163</sup> Ibid., p.47.

la sugestión, la sofocación de la libre personalidad por el médico"<sup>164</sup>. Por entonces, Freud utiliza la idea de tratamiento hipnótico como sinónimo de tratamiento sugestivo. De ahí que, según Perrés, el segundo método empleado por Freud debe llamarse de sugestión hipnótica<sup>165</sup>. Según parece, Freud empleó el método hipnocatártico durante algún tiempo casi como único método<sup>166</sup>. Se Trataba de la utilización simultánea del método de la hipnosis (o sugestión hipnótica) y de la catarsis. Es importante subrayar que, en general, el fundador del psicoanálisis empleó antes este método hipnocatártico -en que la catarsis no opera aún de manera única y diferenciada- que el método propiamente catártico.

Como se sabe, el método hipnocatártico fue creado más que por Freud por el Dr. Joseph Breuer. Perrés es de la opinión de que el método hipnocatártico presenta dos momentos: a) el momento inicial: esbozo del método hipnocatártico: 1889 a ¿1890? Y b) Método hipnocatártico propiamente dicho: de ¿1891? a 1892 ¿1896?<sup>167</sup>. Se conservan referencias clínicas de cinco pacientes con los que Freud utilizó el método hipnocatártico<sup>168</sup>. Freud comenzó a emplear este método con "Emmy von N." Y aquí podemos advertir, en efecto, un primer

---

<sup>164</sup> Citado por Perrés, *ibid.*, p.54.

<sup>165</sup> *Ibid.*, p.55.

<sup>166</sup> Entre 1889 y 1992, *ibid.*, p.71.

<sup>167</sup> *Ibid.*, p.72

<sup>168</sup> Fueron: "Cäcilie", "Rosalía H.", "Matilde H." Y "la paciente que se le arrojó en los brazos", *ibid.*, p. 72.

esbozo del método hipnocatártico"<sup>169</sup>. En esta terapia "Freud se ubica de manera adecuada frente a la paciente cuando, siguiendo los lineamientos indicados por Breuer, la hace hablar e intenta escucharla: 'La exhorto en la hipnosis a hablar'. Pero todavía es un `oír' sin `escuchar', ya que rápidamente utiliza la vía sugestiva para `poner término a la impresión del relato', para 'borrarle esas imágenes'."<sup>170</sup>. El esbozo del método catártico estriba en el hecho de que la paciente es exhortada a efectuar relatos bajo la hipnosis, por eso es una catarsis que "se mantiene dentro del marco de la sugestión hipnótica"<sup>171</sup>. Perrés transcribe las siguientes palabras de Freud del historial de "Emmy von N.": "y le quito la posibilidad de volver a ver todas estas tristes cosas, pues no sólo le borro el recuerdo plástico, sino que le revoco la reminiscencia entera de su memoria, *como si nada de eso hubiera sucedido*"<sup>172</sup>. La acción de Freud destinada aquí a borrar el recuerdo está en el extremo contrario a lo que será el método psicoanalítico, ya que la posibilidad de "rememorar" y no de "repetir" (reeditando afectos y relaciones) será para Freud uno de los ejes de la curación.

En el caso de "Emmy" Freud empleó, sí, el método hipnocatártico; pero en realidad jugó en él un papel más importante el

---

<sup>169</sup> Ibid., p.74.

<sup>170</sup> Ibid., p. 74.

<sup>171</sup> Ibid., p. 75.

<sup>172</sup> Ibid., p. 75. El subrayado es de Perrés.

hipnotismo que la catarsis<sup>173</sup>. Freud continuó usando la hipnosis -y por consiguiente el método hipnocatártico propiamente dicho- hasta aproximadamente 1896<sup>174</sup>. Durante una buena etapa de los noventas del siglo XIX, Freud empleó sin duda, en un número importante de casos, la hipnosis con intención catártica. Pero no debe olvidarse que, hacia 1892, Freud intentó por primera vez (quizás durante el caso "Elizabeth") el tratamiento catártico sin hipnosis, siendo este caso, entonces, el antecedente más significativo del cuarto de los métodos utilizados por Freud<sup>175</sup>.

En la llamada "Nota III" de 1892<sup>176</sup>, Freud describe los alcances de la terapia hipnocatártica en estos términos: "Se comprende que nuestra terapia consista en cancelar los efectos de las representaciones no abreaccionadas haciendo que dentro del sonambulismo se reviva, abreaccione y corrija el trauma, o trayéndolo a la conciencia normal dentro de una hipnosis más ligera"<sup>177</sup>. En ocasiones<sup>178</sup>, Freud no sólo deja emerger la abreacción -es decir la descarga de afectos sofocantes- sino que la dirige<sup>179</sup>.

---

<sup>173</sup> "Lo que mejor prueba que en 'Emmy' hubo un total y absoluto predominio del método sugestivo es el permanente 'borramiento' de recuerdos y no su recuperación", *ibid.*, p. 76.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 77.

<sup>175</sup> *Ibid.*, p. 77.

<sup>176</sup> De los borradores de la "Comunicación preliminar".

<sup>177</sup> Citado por Pérres, *ibid.*, p. 79.

<sup>178</sup> Por ejemplo en el caso de "Rosalía H".

<sup>179</sup> "Su técnica con esta paciente prefigura las actuales modalidades y recursos de la terapia gestáltica (y en cierto sentido de la psicodramática) lo que no deja de ser importante y llamativo. Vemos una vez más que esas técnicas, que suelen enorgullecerse de su 'modernidad' frente a la tradicional 'técnica psicoanalítica'- para ellos caduca - tiene su base en el método catártico y por tanto en la prehistoria del psicoanálisis" ..., *ibid.*, pp.80-81.

Con el método catártico, Freud empieza a hallar, tantaleando, el camino del psicoanálisis. El periodo en que fue incubándose este cuarto método puede extenderse de 1892 a 1898<sup>180</sup>. Es un periodo rico en descubrimientos que, según Perrés, debe ser caracterizado desde cuatro ángulos: teórico, psicopatológico, técnico y el del "autoanálisis" de Freud. *A nivel teórico*, "podríamos delimitar dicho período como el pasaje de la teoría del trauma a la teoría de la seducción, hasta el abandono de ésta y el descubrimiento de la fantasía...como expresión de una realidad psíquica diferente de la material"<sup>181</sup>. Perrés asevera que "es justamente ese abandono...de la teoría de la seducción y del descubrimiento de la realidad psíquica que marcará el ingreso a la historia del psicoanálisis, y el fin de su prehistoria"<sup>182</sup>. *A nivel psicopatológico*, Freud separará radicalmente las psicoaneurosis (esencialmente psíquicas) de las neurosis actuales (fundamentalmente somáticas) "teniendo estas categorías diferentes etiopatogenias, distintas ecuaciones psicopatológicas y por tanto diferentes resoluciones terapéuticas"<sup>183</sup>. Perrés añade que: "Todo este ordenamiento se hará en torno al concepto teórico de 'defensa', como un gran eje que permite la distribución y clasificación de los

---

<sup>180</sup> fecha en que Perrés cree que debe fijarse el nacimiento del psicoanálisis, *ibid*, p.83.

<sup>181</sup> *Ibid.*, 84.

<sup>182</sup> *Ibid.*, p.84.

<sup>183</sup> *Ibid.*, pp.84-85.

cuadros nosológicos"<sup>184</sup>. A *nivel teórico*, tras del abandono de la hipnosis, Freud atravesará por distintas fases "que lo conducirán al método de la asociación libre que caracteriza, fundamenta y posibilita el trabajo psicoanalítico"<sup>185</sup>. A *nivel de su implicación personal*, "Freud irá penetrando, ya sobre el final de esta etapa, en forma paulatina, en su propia neurosis y en su llamado 'autoanálisis'."<sup>186</sup>. Perrés agrega a continuación que: "Si debiéramos de jerarquizar alguno de los tres factores que intervinieron en esa compleja articulación, para el nacimiento del Psicoanálisis (teoría, técnica y psicoanálisis del propio Freud) es sobre este último aspecto que pondríamos el acento"<sup>187</sup>.

El *autoanálisis* de Freud se inicia al final del período catártico. Se trata del encuentro con su propio inconsciente y con el complejo de Edipo. Todo ello está documentado en sus cartas a Fliess. El desarrollo de los niveles teórico, psicopatológico, técnico y autoanalítico (fundante), desarrollados principalmente *después* de la utilización del método hipnocatártico y *antes* del empleo del quinto método, condicionaron la aparición de la "regla básica" del psicoanálisis, es decir, de la *asociación libre*. Perrés dice, por eso: "El método de la asociación libre es el único que posibilita y fundamenta la situación psicoanalítica y

---

<sup>184</sup> Ibid., p.85.

<sup>185</sup> Ibid., p.85.

<sup>186</sup> Ibid., p.85.

<sup>187</sup> Ibid., p.85.

tiene por ello total vigencia"<sup>188</sup>.

Aunque se há hablado de 1898 como la fecha de iniciación de' este método, resulta imposible fijar con absoluta exactitud el momento en que Freud comenzó a echar mano de él. Sin embargo puede rastrearse en varios elementos teóricos y prácticos (clínicos) su proceso gestativo, en el que "el factor determinante tuvo que ver una vez más con la utilización efectuada por Freud de la libre asociación dentro de su 'autoanálisis', en ese 'encuentro' con su deseo inconsciente o, más bien, con sus efectos"<sup>189</sup>. Aunque el quinto método es utilizado y teorizado desde 1898 -y aparece en su formulación madura en *La interpretación de los sueños* y *La Psicopatología de la vida cotidiana*-, sólo en 1909, en las conferencias que impartiera Freud en EE.UU., recibió la denominación de "asociación libre" y fue considerado como la "regla psicoanalítica fundamental". También entonces Freud indica "que dicha regla fundamental, la interpretación de los sueños, la apreciación de los actos fallidos y casuales y la valorización del fenómeno transferencial, constituyen los cuatro procedimientos técnicos utilizados en el tratamiento psicoanalítico para el descubrimiento del inconsciente del paciente"<sup>190</sup>. Pese a no hacer uso del concepto de asociación libre hasta 1909, su visualización por parte de Freud se remonta, como decía, a muchos años antes. Nos hallamos con algunos desarrollos de Freud al

---

<sup>188</sup> Ibid., p.112.

<sup>189</sup> Ibid., p.112.

<sup>190</sup> Ibid. P.113.

respecto en el historial de "Emmy" (redactado en 1894) cuando el analista cae en cuenta de la necesidad de esa paciente de expresarse sin cortapisas. Freud señala, en este historial, el disgusto que las interrupciones del médico provocan en la paciente cuando habla. De ahí que, recordemos, Freud escriba: "Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando siempre de dónde viene esto y estotro, sino dejarla contar lo que tiene que decirme"<sup>191</sup>. Ya en su ensayo *La sexualidad en la etiología de las neurosis* de 1898 Freud apunta: "Basándome en el método `catártico' indicado por J. Breuer, he llegado a desarrollar casi por completo en los últimos años un procedimiento terapéutico que llamaré 'psicoanalítico'..."<sup>192</sup>. El empleo de la "regla básica" es también muy claro en el *Fragmento de análisis de un caso de histeria*<sup>193</sup>.

En 1903, cuando Freud escribe el artículo titulado *El método psicoanalítico de Freud*, la "regla fundamental" está formulada en forma definitiva. A partir de entonces queda delimitado "el procedimiento analítico, al que hoy denominamos dispositivo psicoanalítico. Sus modificaciones, a partir de ahí, estarán relacionadas con la forma de escuchar y de intervenir en relación a esa libre asociación del paciente (y su correlato, la atención flotante del analista) y tendrá que ver, claro está, con los avances y

---

<sup>191</sup> Citado por Perrés, *ibid.*, p.114.

<sup>192</sup> Citado por Perrés, *ibid.*, p.115.

<sup>193</sup> Es decir el "caso Dora", realizado en 1901 y publicado en 1905.

descubrimientos teóricos que Freud irá efectuando (transferencia, neurosis de transferencia, compulsión a la repetición, profundización del concepto de `resistencia', etc.)"<sup>194</sup>. Otro elemento que prueba el distanciamiento de Freud respecto a sus métodos anteriores, se halla en las "Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena" del 30 de octubre de 1907, en que Freud presenta la primera exposición de su texto sobre el "Hombre de las Ratas". O. Rank escribe lo que sigue al resumir las palabras de Freud ese día: "La técnica analítica ha cambiado hasta tal punto que el psicoanalista ya no trata de extraer el material que le interesa sino que permite al paciente seguir el curso natural y espontáneo de su pensamiento"<sup>195</sup>.

Antes de terminar este párrafo, y proseguir con las opiniones críticas que se propone llevar a cabo el presente texto, quiero transcribir un extenso párrafo de José Perrés en el cual se destacan con plena lucidez algunos *elementos autogestionarios* que acompañan y deben acompañar a la "regla fundamental" del psicoanálisis freudiano: Esta cita [Perrés hace referencia a las palabras de Freud transcritas por Rank] resulta interesante para comprobar que en 1907 Freud todavía tiene que hacer esta aclaración -aparentemente obvia a esa fecha- a sus discípulos. Cabe pensar entonces que el tránsito del método catártico al

---

<sup>194</sup> Ibid., pp.117-118. "El concepto de `atención flotante', correlato de la asociación libre del paciente, será recién introducido en 1912"..., ibid., p.118.

<sup>195</sup> Citado por Perrés, ibid., p.122.

método psicoanalítico, iniciado en 1898, no fue fácilmente aceptado y seguido por aquéllos. Tampoco resulta extraño entender que esto haya pasado ya que el nuevo método significaba un alejamiento del lugar imaginario de autoridad, de saber y de salud, que suele ser muy gratificante en un plano narcisístico. `Bajarse' de ese lugar de guía, conductor o modelo era también romper con toda la tradición médica de idealización y omnipotencia del médico. Esa ruptura, que Freud descubre como imprescindible para la clínica psicoanalítica, no debió de ser demasiado grata para muchos de sus seguidores. Si Freud la pudo realizar es porque pasó por una removedora experiencia analítica: el llamado 'autoanálisis' que fue -como lo hemos mencionado muchas veces- un verdadero psicoanálisis, en el que Fliess funcionó transferencialmente como psicoanalista"<sup>196</sup>.

Así como Perrés distingue la *epistemología de Freud* y la *epistemología freudiana*, me gustaría diferenciar la *metodología de Freud* y la *metodología freudiana*. En la metodología de Freud tan pronto aparecen elementos heterogestionarios como se presentan elementos autogestionarios. Aunque en términos generales se puede asentar que en la *prehistoria* del psicoanálisis prevalecen los elementos heterogestionarios y en la *historia* del mismo tienden a surgir y a afirmarse los elementos autogestionarios, y aunque en la metodología de Freud acaba por imponerse la metodología freudiana, no es raro

---

<sup>196</sup>Ibid., p.122.

tropezar con ciertos *elementos autogestionarios* en la *prehistoria* del psicoanálisis y topar con algunos *elementos heterogestionarios* en su *historia*. Estoy convencido de que la *esencia* de la metodología freudiana, independientemente de las vacilaciones que presenta la metodología de Freud, reside en la autogestión plena. Pero creo que aunque Freud es el creador de la metodología freudiana y, por consiguiente, el fundador de una disciplina cuyo carácter esencial debe ser el de la autogestión plena y radical, no llegó, al inaugurar la *regla básica del psicoanálisis* sino a la formulación de una autogestión embrionaria<sup>197</sup>. Hace falta, pues, llevar a su término lo iniciado, actualizar la petición de desenvolvimiento, transitar, en este deseo de ser fieles a la *esencia* del método freudiano, de la *autogestión embrionaria* documentada por Freud -y circunscrita aún a los parámetros de la situación psicoanalítica- a la *autogestión plena* del quehacer psicoanalítico.

12. Antes de redondear y presentar mi propuesta metodológica, conviene hacer notar lo siguiente:

1. El primero y segundo método empleados por Freud, esto es, el *método tradicional* y el *método de sugestión hipnótica*\_\_no sólo son heterogestionarios, sino que se mueven dentro de lo que podríamos designar una *heterogestión absoluta*. La utilización, en efecto, de recursos físicos y de tratamientos morales (propios del método tradicional)

---

<sup>197</sup>Llevando a cabo lo que podría llamarse una "acumulación originaria de la teoría" necesitada de desarrollo.

y el empleo de los métodos de Charcot y de Bernheim (en el método de sugestión hipnótica) nos habla más ,que de la relación *médico/enfermo*, de la relación *médico/enfermedad*. El médico heterogestionario enfoca su atención a la enfermedad y hace a un lado al enfermo.El, que busca la curación, es el *elemento pasivo*.

2. El tercero y cuarto métodos, es decir, el *hipnocatártico* y el *catártico*, son también heterogestionarios; pero, a diferencia de los anteriores, caen más bien en lo que podría llamarse una *heterogestión atemperada*. La utilización de la *catarsis* hace que la relación entre el analista y el paciente, centrada en el nexo *médico/enfermedad*, no haga de lado del todo al enfermo. El enfermo tiene que actuar de algún modo en la abreacción o en la descarga de afectos sofocantes. Es bueno hacer notar, sin embargo, que mientras el tercer método puede ser caracterizado como una heterogestión atemperada intrusiva -ya que en el método hipnocatártico se utiliza la hipnosis *para* producir la catarsis- el cuarto método puede ser caracterizado como una heterogestión atemperado *no intrusiva* -en virtud de que sin dejar los marcos de la relación heterogestionaria *médico/enfermedad* e inhibiendo los procedimientos francamente intrusivos de la sugestión y de la hipnosis- se permite al paciente dar, por sus propias fuerzas, con la abreacción y la descarga catártica.

3. El quinto método<sup>198</sup>, el de la *asociación libre* y de la *atención*

---

<sup>198</sup> No pocas veces Freud une a la *asociación libre* la necesidad de actuar o de llevar a cabo tales o cuales *actuaciones*, con lo cual trasciende el nivel puramente *verbalista* y

*flotante*, creo que debe ser considerado como una *autogestión embrionaria*. Autogestión embrionaria porque no rompe aún con el parámetro heterogestionario -la situación psicoanalítica- en que nació y en que continúa estando inscrita.

Para que se entienda lo precedente, y para sentar las bases de mi propuesta de la necesidad de ir de la *autogestión embrionaria* a la *autogestión plena*, me parece adecuado insistir en que hay dos tipos de enfermedad o de padecimiento psíquico: La *enfermedad extravertida* (no reapropiada por el enfermo) y la *enfermedad introvertida* (reapropiada por el paciente). En general puede decirse que los métodos utilizados por Freud implican una *enfermedad extravertida*, con la excepción del *método psicoanalítico* que supone una *enfermedad introvertida embrionariamente*. Pero esta última observación no debe hacernos olvidar que la enfermedad no se halla introvertida de manera plena en la "regla básica" del psicoanálisis, porque ésta no se ha desembarazado, como ya dije, del sistema heterogestionario en que surge.

13. *Mi propuesta consiste, pues, en la necesidad impostergable de pasar al sexto método: el método del psicoanálisis autogestionario*. El tránsito del quinto método al sexto implica el desplazamiento desde la *autogestión embrionaria* a la

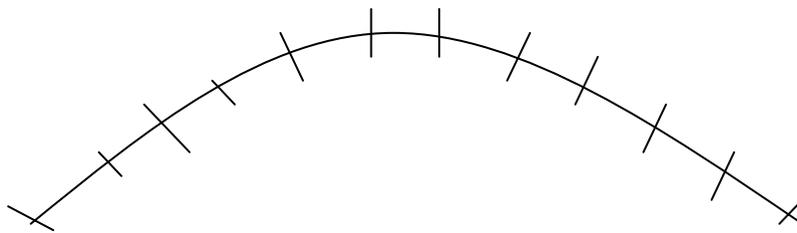
---

concede la terapia como el todo continuo *toma de conciencia/acción*. Pero en muchas otras ocasiones disocia ambos elementos y "olvida" el aspecto prático de la terapia. mi posición está del lado, como puede adivinarse, de la primera tendencia de Freud, y cuando hago referencia al quinto método lo entiendo en su sentido teórico-práctico.

*autogestión plena, de la enfermedad extravertida (aún en su modalidad de embrionariamente introvertida) a la enfermedad introvertida, de la díada a la mónada, de la sustitución del médico o del terapeuta por el promotor o el asesor, del reemplazo, en fin, del diván por la hoja de papel.*

Deseo repetir, al llegar a este punto, que aunque la esencia de la metodología freudiana es, a mi entender, la autogestión y aunque Freud fundó esta metodología de manera incompleta (como autonomía embrionaria o como heterogestión relativa) *el psicoanálisis es, en general, una práctica de carácter heterogestionario*<sup>199</sup>.

Quiero aclarar, sin embargo, que no todos los psicoanalistas actúan de igual manera y se ubican frente al problema de la gestión clínica en el mismo punto. Si hiciéramos una curva que ilustrara las tendencias de cada psicoanalista al respecto, trazaríamos la siguiente línea:



Heterogestión absoluta

Autogestión plena.

<sup>199</sup> "Puede hacerse mención de que Freud, en su libro sobre la interpretación de los sueños, reconoció al menos implícitamente que el autoanálisis es posible en cierto grado, ya que analizó allí sus propios sueños. Esto es particularmente interesante dado el hecho de que toda su filosofía negó la posibilidad del autoanálisis", Karen Horney, *El autoanálisis*, Editorial Psique, B. Aires, 1974, pp.18-19.

Los puntos que cotan la línea -que representan a un médico individual -tienen en común que son heterogestionarios; pero unos tienden a la *heterogestión absoluta* (también se podría decir: a la gestión psiquiátrica) en tanto que otros, sin abandonar el parámetro de la heterogestión, tienden a la *autogestión plena*: a los primeros podríamos llamarlos de *heterogestión relativa* y a los segundos de *autonomía embrionaria*. No puedo entrar a analizar aquí por qué un psicoanalista tiende a la heterogestión absoluta y otro se inclina más a la autogestión plena; la razón de ello tiene que ver con causas económicas, sociales, políticas, pero más que nada psicológicas y temperamentales. El psicoanálisis autogestionario escapa de esa curva, la deja a sus espaldas, porque, como ya he dicho, para él la *finalidad esencial del análisis es el autoanálisis*. Esta afirmación implica una representación o un modelo de la psique que, sin negar del todo a otras concepciones, visualiza el modo de ser y operar del alma humana de diversa manera. Freud ve a la psique como un aparato o una máquina donde entran en colisión cargas y contracargas. Lacan tiende a interpretarla como un lenguaje. Yo la veo como una "lucha de clases" o un campo de batalla. La enfermedad, en efecto, desdobra al yo, como he dicho, en dos partes enemigas y en conflicto: el yo *neurótico- conservador* y

el *yo demandante de salud*. La psique es, pues, un ámbito en que hay lucha, dominio de un factor por otro, táctica y estrategia, enemigo principal, aliados, dualidad de poderes, etc. El paciente que no puede prescindir de su analista adolece de lo que podríamos llamar una *niñez yoica*. Quiere luchar contra sus enemigos, sus espectros o sus monstruos siempre y cuando el analista -que transferencialmente es su padre o su madre o su hermano mayor o su sacerdote- lo lleve de la mano. El neurótico que puede prescindir, en cambio, de su analista adquiere lo que podría ser denominado *madurez yoica*. Obsérvese, entonces, lo siguiente: el *yo neurótico-conservador* brinda su apoyo a la *niñez yoica*. Una parte esencial de la neurosis es su necesidad de apoyarse en el otro. El *yo demandante de salud* en cambio, apoya, o debería de apoyar, a la *madurez yoica*, al crecimiento individual.

Algo más. No deja de ser cierta, en general, la denuncia de que el psicoanálisis tradicional, ortodoxo o no, se propone, con diferente grado de conciencia, *adaptar al inadaptado*<sup>200</sup>. No es sólo la actitud de la psiquiatría, sino también, en buena medida, del psicoanálisis. Y es que el carácter heterogestionario de este último -carácter que se amolda perfectamente a la *política adaptacionista*- es, como ya lo he apuntado, un residuo psiquiátrico. El tránsito de la díada a la mónada o del análisis

---

<sup>200</sup> El Instituto de Chicago llega a decir: "Definimos al psicoanálisis... como una terapia basada en principios psicodinámicos y cuyo intento es conducir al paciente hacia *un* ajuste más satisfactorio *con su* ambiente" ....F.Alexander y Th. French, *Terapéutica psicoanalítica*, B. Aires, Piados, 1965, p.45.

mayéutico al autoanálisis metapsicológico es también, por eso, un desembarazamiento del psicoanálisis de sus supervivencias psiquiátricas. *Nadie puede ser más respetuoso de las convicciones políticas, sociales o religiosas del individuo que el individuo mismo.* Mientras que en el psicoanálisis heterogestionario se corre el riesgo de una interferencia solapada y enajenadora, en el autoanálisis de profundidad hay y tiene que haber el respeto nunca traicionado por las convicciones propias. Estoy convencido de que ninguna persona debe tolerar una injusticia cometida contra ella o sus semejantes. Quien cierra los ojos, se cruza de brazos o, lo que es peor, se convierte en cómplice de la ignominia, vive en su interior un estado patológico. El inadaptado a la injusticia no es el enfermo, sino más bien el adaptado a ella. Una de las piezas fundamentales para luchar contra el socorrido adaptacionismo -y su carácter burgués o pequeño burgués de clase- es, por consiguiente, el *autoanálisis y la madurez yoica que presupone*<sup>201</sup>.

14. El análisis mayéutico se diferencia del psicoanálisis en boga en que, desde su inicio y durante toda su duración, busca dotar a su paciente de las herramientas para llevar a cabo no una auto observación complaciente y epidérmica -una introspección que caiga en las redes de la resistencia tendidas por el *yo neurótico-conservador*, sino un

---

<sup>201</sup> "en el autoanálisis, el peligro real sería menor que en el análisis profesional, porque el paciente sabe intuitivamente lo que debe evitar, en tanto que un analista, aun teniendo sensibilidad, puede errar y presentarle al paciente una solución prematura", Karen Horney, *El autoanálisis*, op. cit., p.26.

autoanálisis descarnado<sup>202</sup> susceptible de vencer las defensas, interpretar la índole del o los trastornos y escoger las vías para obtener un nuevo equilibrio. Se ha comparado la labor de este analista con un guía que orienta a otra persona en la ascensión a una montaña<sup>203</sup>. Sin negar la verdad y elocuencia de ese símil, prefiero comparar al analista con una comadrona - de ahí el calificativo de analista *mayéutico* - que tiene conocimientos y experiencia para ayudar a todos y cada uno de sus pacientes o asesorados a *dar a luz* un nuevo equilibrio: el equilibrio *sano* que sustituya al equilibrio *neurótico*. El analista mayéutico se propone muy socráticamente coadyuvar a que su analizando se conozca a sí mismo. Pero, como es lógico, no se trata del conocimiento por el conocimiento o de poner en marcha con todos sus energías la curiosidad, sino que se trata, muy práxicamente, del conocimiento *para* la transformación, para el abandono radical de un estado y el *alumbramiento* de uno nuevo. ¿Qué sucede con los cuatro procedimientos básicos del psicoanálisis<sup>204</sup> cuando, en y por la acción del analista mayéutico, el paciente va aprendiendo poco a poco, pero de manera enérgica y decidida, a reapropiarse de su enfermedad

---

<sup>202</sup> caracterizado por una "despiadada sinceridad consigo mismo", como dice Karen Horney, *ibid.*, p. 22.

<sup>203</sup> Karen Horney escribe: "Les he dicho con frecuencia a mis pacientes que lo ideal sería que el analista desempeñara simplemente el papel de un guía en una difícil excursión por las montañas, indicando el mejor sendero a seguir o a evitar. Para ser exacto, debiera agregarse que el analista es un guía no demasiado seguro del camino, por su parte, porque si bien es hombre experto en ascensos a las montañas, no ha trepado aún a esta montaña en particular", *ibid.*, p. 11.

<sup>204</sup> La "regla fundamental" (asociación libre y atención flotante), la interpretación de los sueños, el esclarecimiento de los actos fallidos y casuales y la transferencia.

y a tomar en sus manos, por así decirlo, su propia neurosis? Antes de responder a esta pregunta, y para hacerlo de modo más adecuado, me gustaría referirme a la metodología, y los procedimientos particulares asociados a ella, empleada por el analista mayéutico para coadyuvar al autoanálisis metapsicológico de su paciente y a las práctica de este último tendientes a llevar a cabo tamaña empresa.

15. Una diferencia fundamental entre el autoanálisis de profundidad y el psicoanálisis (como análisis terapéutico tradicional o como análisis mayéutico), puede ser detectada en el hecho de que mientras en la *díada psicoanalítica* la técnica se halla desdoblada en dos polos: la *asociación libre* (del lado del analizando) y la *atención flotante* (del lado del analista), en la *mónada autoanalítica* los términos contrapuestos se unifican, sin perder su contraposición, en un sujeto: el sujeto;: del *autoanálisis metapsicológico*. Este sujeto pone en marcha, de manera más o menos simultánea, la asociación libre y la atención flotante, en virtud de que dicho autoanálisis no es otra cosa que la conversión del *paciente-para-el-otro* en *paciente-de-sí-mismo*. Freud decía que la atención flotante "consiste meramente en no querer fijarse (*merken*) en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma 'atención parejamente flotante', como ya una vez la he bautizado"<sup>205</sup>. El *paciente-de-sí-mismo* no sólo debe entregarse,

---

<sup>205</sup> "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912), en Sigmund Freud Obras completas, t. XII, op. cit., p. 111.

pues, a la asociación libre (verbal y escritural), sino a esa *apercepción psicológica abierta* consistente en prestar a todo lo que uno dice y piensa la misma atención. Freud añade: "De esta manera uno se ahorra un esfuerzo de atención que no podría sostener día tras día a lo largo de muchas horas, y evita un peligro que es inseparable de todo fijarse deliberado. Y es éste: tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza a escoger entre el material ofrecido; uno fija (*fixieren*) un fragmento con cualquier relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente, es ilícito; si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible. No se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad (*nachträglich*) discernirá"<sup>206</sup>. Hay dos tipos, pues, de atención que puede asumir el médico: una atención *rígida y selectiva* (que acaba por obedecer a las propias expectativas e inclinaciones del analista) y una *atención flotante* que rechaza deliberadamente esta posición, con el objeto de "escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá". No se puede negar que si la conversión de la *atención rígida* y

---

<sup>206</sup> Ibid., pp. 11-112.

*selectiva en atención flotante* es difícil en la *situación psicoanalítica* bipolar, parece indudablemente más difícil, si no es que imposible, en la *situación autoanalítica*. Pero estoy convencido de que un análisis mayéutico bien orientado (del lado del psicopromotor), en unión de un *yo demandante de salud* pertrechado de un *incentivo* transformado en regla de acción (del lado del analizando), abre la posibilidad para que la atención devenga de *fija* en flotante no sólo en la *situación psicoanalítica*, sino en el *autoanálisis metapsicológico*. Uno de los "puntos nodales" que deben ser procesados, en efecto, durante el *análisis mayéutico de psicopromoción* es el de la atención de uno consigo mismo. La atención del analizando no sólo debe autoorientarse hacia la apertura y el carácter de lo "parejamente flotante", sino que debe *introvertirse*: introversión consistente en la pugna por dejar de ser el objeto de la atención del "otro", para devenir el objeto de la atención -pero de una atención flotante- de sí propio.

## CAPITULO IV

### ¿CÓMO ACCEDER A UN AUTOANÁLISIS INDEPENDIENTE?

1.- ¿Cómo debe empezar el análisis mayéutico? En general, debe iniciarse con una *exposición introductoria* en la que el analista-promotor da a conocer al paciente los objetivos del nuevo psicoanálisis. Desde un principio<sup>207</sup>, el analista pone en claro que el psicoanálisis autogestionario, formando parte del movimiento psicoanalista tomado en conjunto, pero difiriendo de él en ciertos aspectos importantes, se propone no sólo eliminar o debilitar ciertos trastornos (angustias, obsesiones, somatizaciones histéricas, etc. ) *sino motivar, instruir y orientar al analizando para llevar a cabo un autoanálisis de profundidad*. Existen dos clases de análisis metapsicológicos: el *autoanálisis asesorado por el psicoanalista mayéutico*\_(que es una pieza fundamental del nuevo análisis) y el *autoanálisis independiente llevado a cabo por el individuo mediante sus propias fuerzas*. El psicopromotor debe explicar al paciente que, durante el tratamiento, tiene que llevar a cabo un *trabajo psicológico propio* destinado a buscar el origen de sus padecimientos y la desaparición o el alivio de sus conflictos. Entre sesión y sesión tenidas con el analista (cuando ello, desde luego, sea ya posible) el

---

<sup>207</sup> Esto debe ser interpretado, desde luego, de manera flexible. En algunas ocasiones no conviene que, en la primera sesión, se actúe de manera tan fría, formalista y "teórica". Pero la idea que deseo expresar es la de que el analista debe explicar *lo más pronto posible y en el momento oportuno* la finalidad que se persigue con el psicoanálisis autogestionario.

neurótico debe ensayar un autoanálisis que no sólo refuerce su trabajo con el analista, sino que vaya acostumbrando al individuo a tenérsela que ver consigo mismo<sup>208</sup>. El *autoanálisis asesorado* es, pues, la propedéutica experimental para el *autoanálisis independiente*. Todo esto debe ser explicado, entonces, por el analista mayéutico a su paciente. Al mismo tiempo que lo anterior, el analista debe exponer al paciente que el tiempo que dure el análisis mayéutico depende de la propensión o de las dificultades que ofrezca el neurótico para transitar del *autoanálisis asesorado* al *autoanálisis independiente*. El *psicoanálisis autogestionario* está en oposición al psicoanálisis tradicional que genera dependencias artificiales y se prolonga por años y años; pero también se rebela en contra de las llamadas *psicoterapias rápidas* que no toman en cuenta que no todos los padecimientos tienen la misma gravedad y que el acceso al *autoanálisis independiente* es a veces fácil y a veces difícil. Carezco de la experiencia clínica indispensable para poder saber qué efecto tendrá la reorientación del psicoanálisis en un sentido autogestionario en la *duración media* de la terapia. Soy de la idea o mantengo la impresión de que, en términos generales, se acortará; pero he de confesar mi ignorancia e inseguridad al respecto.

---

<sup>208</sup> Para el *psicoanálisis autogestionario*, como se comprende, el peso fundamental de la terapia y el autodominio recae, o debe acabar por recaer, en el trabajo hecho *fuera* de las sesiones (o sea en el *autoanálisis asesorado*) y no *dentro* de las sesiones.

Un autoanálisis profundo no puede ser realizado sin ciertos conocimientos teóricos y una motivación, asociada al *yo demandante de salud*, que empuje al individuo neurótico a luchar a brazo partido, si queremos decirlo así, contra sus trastornos. Esta es la razón por la cual el promotor psicoanalítico, de manera más o menos gradual y respondiendo a una estrategia, clara aunque flexible, debe exportar al paciente ciertos conocimientos, experiencias teorizadas y metodología<sup>209</sup> y despertar, apoyar y fortalecer el *incentivo de salud* que ha de convertirse en la fuerza motriz indispensable para que la autoobservación no sea detenida abruptamente por las corazas defensivas que imperan en la psique. Aunque, como ya vimos, Freud era partidario, en no pocas ocasiones, de dar a conocer a sus pacientes aspectos importantes de su teoría que se relacionaban con los conflictos de éstos, el psicoanálisis común prefiere no hablar de ello y concibe la *diada terapéutica* como un espacio donde aparece o debe aparecer una clara división del trabajo: el analista es el que *sabe* y el paciente el que, por ignorar, debe ser orientado -de la manera menos intrusiva posible, se dice- por los vericuetos del autoconocimiento, la verbalización y la catarsis. Los psicoanalistas arguyen -y a decir verdad no les falta *una cierta dosis* de razón- que los conocimientos puramente teóricos del psicoanálisis frecuentemente son incorporados por el *yo neurótico-conservador* como nuevos ingredientes de la coraza

---

<sup>209</sup> lo que podemos llamar *medios psicoanalíticos de producción*.

resistencial y de las racionalizaciones defensivas. Pero este es uno de esos *argumentos anfibológicos* tan caros a los defensores del psicoanálisis heterogestionario. Estos argumentos consisten en ocultar una falacia detrás de una verdad. Manejan, entonces, *verdades encubridoras*. Cuando un analista asienta, por ejemplo, que el pago cuantioso de sus servicios por su "cliente" favorece a la terapia porque estructura la responsabilidad de éste y lo obliga a hacer un esfuerzo que redunde en su beneficio, o cuando subraya que la situación psicoanalítica, diádica, es el espacio terapéutico *ideal* porque en ella aparece la transferencia, está diciendo verdades, pero verdades a medias, verdades, en realidad, encubridoras. Se trata de argumentos anfibológicos que ocultan, tras la pantalla de una verdad relativa, el interés que tiene el médico de obtener un ingreso permanente y ejercer, de manera más o menos solapada, el papel dirigista y orientador del análisis concebido de manera heterogestionaria. Otro tanto ocurre, como dije, con el reparo de los psicoanalistas respecto a la adquisición de conocimientos teóricos por parte del paciente. Una crítica del psicoanálisis tradicional, desde la perspectiva del psicoanálisis autogestionario, debe empeñarse en desestructurar los argumentos anfibológicos, develar su función, mostrar el radio de acción efectivo de las verdades utilizadas y abrir la posibilidad de un nuevo espacio terapéutico donde desaparezcan las verdades encubridoras y se

modifiquen las reglas de juego<sup>210</sup>. El analista mayéutico debe exportar *medios psicoanalíticos de producción* a su analizando, porque ello crea la posibilidad de que este último emprenda y profundice su autoanálisis asesorado o supervisado. Pero debe asimismo ayudar a su paciente *a combatir contra toda utilización de los conocimientos psíquicos que adquiere, como un ingrediente más de sus resistencias*. El promotor autogestionario, desde el principio mismo de su gestión, debe tratar de despertar y fortalecer el *incentivo de salud* necesario para animar la acción y lucha de aquella parte de la personalidad que sufre con el estado o el *equilibrio patológico* que trae consigo la neurosis. Si me viera en la necesidad de hacer una jerarquización entre los dos factores mencionados, afirmarí sin duda que, en términos generales, es más importante la adquisición y fortalecimiento del *incentivo* por parte del paciente, que la obtención de ciertos conocimientos teóricos. Los conocimientos teóricos, en efecto, no dan lugar por lo común a la conquista del *incentivo emocional* indispensable para luchar contra el *yo neurótico -conservador* y las *tendencias neuróticas* en que se sustenta<sup>211</sup>. El *incentivo de salud*, en cambio, siempre y cuando encuentre una orientación adecuada y vislumbre la necesidad de emprender un *autoanálisis profundo*, tiende a buscar esos

---

<sup>210</sup> El *analista mayéutico* recibirá, sin duda, un pago por su función; pero ésta no es la curación, o sólo la curación, sino una actividad encaminada a coadyuvar a la posibilidad de que el paciente prescindiera de él *en el menor tiempo posible*.

<sup>211</sup> Homey dice: "en el centro de las perturbaciones psíquicas existen impulsos inconscientes desarrollados para poder afrontar la vida pese a los temores, a la impotencia y al aislamiento. Los he llamado 'tendencias neuróticas', *Ibid.*, p.31.

conocimientos, tener una idea del origen de su padecimiento y de las vías terapéuticas para su curación o alivio.

En el análisis mayéutico no es posible excluir, como *situación psicoanalítica* que es<sup>212</sup>, la transferencia del paciente. En las primeras etapas del análisis, y mientras el *autoanálisis asesorado* es incipiente y primerizo, la *transferencia objetal* no solamente es un *hecho*, sino también -como en toda práctica psicoanalítica- un indicio, una actitud o un comportamiento que esconde o puede esconder una parte significativa del trastorno del paciente y que, por tanto, debe ser analizado de manera minuciosa y profunda. Pero del mismo modo y por las mismas razones en que el *análisis mayéutico* debe ser sustituido por el *autoanálisis independiente* (metapsicológico), la *transferencia objetal* debe ser reemplazada por la *transferencia endopsíquica*. El tratamiento psicoanalítico de la *transferencia objetal* puede y debe ser una experiencia propedéutica para el tratamiento de la *transferencia endopsíquica*. En otro sitio afirmaba que el *análisis mayéutico* echa mano, entre otros métodos, de las técnicas psicoanalíticas tradicionales; pero que lo hace no sólo como una práctica destinada a la desaparición o disminución de los síntomas, sino como un procedimiento que sirve de referencia, de modelo, de antecedente al autoanálisis de profundidad<sup>213</sup>. Asociada a la afirmación precedente,

---

<sup>212</sup> Aunque con el carácter de *díada transitoria*.

<sup>213</sup> Ya Freud denunciaba los problemas de lo que él denominaba la "terapia de síntomas", es decir de una "curación" que eliminaba un síntoma patógeno, pero que permitía el reemplazamiento de éste por otro. El autoanálisis de profundidad se propone luchar contra el

está la aseveración de que el tratamiento de la *transferencia objetal* en el análisis mayéutico no persigue sólo la finalidad de hacer consciente un proceso inconsciente y lograr, con ello, una catarsis terapéutica, sino también dotar al individuo de la *experiencia* en el tratamiento de las transferencias para que, al pasar al autoanálisis (asesorado o independiente), tenga una idea de cómo tratar o procesar las conductas transferenciales que también hacen su aparición en la autoterapia. Entre la *transferencia objetal* y la *endopsíquica* hay, desde luego, no sólo similitudes sino diferencias. Para que podamos apreciar con toda nitidez la existencia tanto de unas como de otras, voy a dar un rodeo.

La imagen del aparato psíquico (del "sano" y del enfermo) que propongo es, recordemos, la de la *lucha social* enmarcada dentro de los límites de la psique<sup>214</sup>. No es sólo la suposición de que hay una semejanza entre la lucha de clases y los conflictos intrapsíquicos, sino el convencimiento de que, a pesar de la diferencia entitativa de ambos niveles, existe una estructura común que asocia el *modus operandi* de sus contradicciones.

---

origen de los síntomas y las *recaídas* en tales o cuales trastornos.

<sup>214</sup> Este modelo está en franca contraposición no al modelo freudiano del aparato psíquico, sino al modelo de Jung, ya que, para éste, "la psique no era relevante como arena de luchas ni enemistades ni teatro para el yo y el automatismo, sino esencialmente lugar de trabajo común y de cooperación entre el 'consciente' y el 'inconsciente'". Liliane Frey-Rohn, *De Freud a Jung*, FCE, México, 1991, p.62.

Veamos cómo operan estas contradicciones en el régimen capitalista. La *clase dominante* en este sistema es la burguesía. Su dominación es económica, socio-política e ideológica. La *clase trabajadora* -en el sentido amplio del término- es una *clase explotada y dominada*. Si esta clase no tiene frente a sí un *ideal de emancipación* o una *utopía* -en el mejor sentido del término-, no puede trascender las condiciones de alienación en que vive. En la medida en que la clase trabajadora se adueña del *ideal* o la *utopía* de su liberación, deja de ser una *clase en sí* para devenir una *clase para sí*. La vinculación pragmática entre clase trabajadora y utopía genera, pues, la *conciencia de clase* que, animada por un profundo contenido práxico, lleva a la clase trabajadora a luchar contra su enemigo histórico: la clase burguesa. Todos los elementos que intervienen en la pugna de la clase trabajadora contra su clase enemiga estrategia, táctica, política de alianzas, etc.- se fundan o deben fundarse en la relación primigenia *clase trabajadora ;ideal versus burguesía*. Pero para que la clase revolucionaria se emancipe -o dicho de modo más modesto: luche por su emancipación- se requiere:

1. Que el ideal o la utopía se halle estructurado de manera conveniente. Que no sea un mero sueño, sino que muestre en su estructura, de manera inconfundible, su viabilidad y conveniencia.
2. Que la clase trabajadora no se limite a "ver" en la lejanía dicho ideal, sino que lo haga suyo.

La *utopía*, entonces, debe existir, debe ser "visualizada" y debe ser asumida. Sólo cuando se dan estos tres actos se puede hablar de conciencia de clase y de lucha emancipatoria. Una clase trabajadora carente de utopía es una *clase en sí*, presa de la explotación y sin porvenir histórico. Una clase trabajadora que "ve" el ideal en la lejanía pero que no se adueña de él, continúa estando enajenada. La clase trabajadora se convierte en *clase para sí*, por consiguiente, cuando no se conforma con "visualizar" una utopía en que se hallan condensados sus intereses, sino cuando la convierte en idea reguladora, carne de su carne, guía para la acción.

En el aparato psíquico del neurótico -para no hablar del hombre "normal"- también nos hallamos un desdoblamiento contradictorio entre el *yo neurótico-conservador* que está en el poder y un *yo demandante de salud* que está en la oposición. Si el *yo demandante de salud* no tiene frente a sí un *ideal de salud*, no puede escapar de las condiciones de dominación en que vive. En la medida en que el *yo demandante de salud* se adueña del *ideal de salud* (o ideal del yo), adquiere un *incentivo*, con lo cual pasa de ser un yo demandante de salud *en sí* a un yo demandante de salud *para sí*. *El incentivo es al yo demandante de salud, lo que la conciencia de clase es para la clase trabajadora.*

El *ideal de salud* (de algún modo deviniente del *super-yo*) debe existir, debe ser "vislumbrado" por el *yo demandante de salud* y debe ser

asumido por él. Si el *yo demandante de salud* se limita a "vislumbrar" el *ideal de salud*; pero no lo hace suyo, se halla lejos de adquirir el *incentivo* que le haga luchar contra su enemigo -el *yo neurótico-conservador* en el poder- y sentar las bases para su derrota.

Aunque es cierto que la existencia de un *incentivo* no garantiza la conquista de la "salud" por parte del paciente de sí-mismo -como la *conciencia de clase* no basta para que el proletariado obtenga la victoria-, es una condición indispensable para la consecución de su propósito. De ahí que la estrategia del analista mayéutico tiene que ser:

1. esclarecer, conjuntamente con el analizando, el *ideal de salud del yo*.
2. despertar en el *yo demandante de salud* el *incentivo* (ligazón del *ideal de salud del yo* y del *yo demandante de salud*) y
3. combatir el que el *yo demandante de salud* sólo "vislumbre" el *ideal de salud* (o lo "vea" en la lejanía) pero no lo haga suyo y lo convierta en guía para la acción y lucha permanente, contra la dominación neurótica.

El analista promotor tiene que aclarar a su paciente, en *el momento adecuado*, qué es, en general, la transferencia y qué diferencias existen entre la *transferencia objetal* y la *transferencia endopsíquica*. Debe mostrarle que mientras la *transferencia objetal* se presenta en el psicoanálisis diádico, la *transferencia endopsíquica* hace su acto de aparición en el *autoanálisis monádico*. Y no sólo eso, sino que debe enseñarle que en tanto la *objetal* reedita relaciones

afectivas tenidas en la niñez con personas (padres, hermanos, etc.) o con la imagen internalizada de éstos, y proyectadas después, durante las sesiones psicoanalíticas, al analista, la *endopsíquica* reproduce relaciones afectivas tenidas con personas o con la imagen simbólica introyectada de éstas y proyectadas ulteriormente -en la forma del desdoblamiento- en el interior del aparato psíquico durante las "sesiones" autoanalíticas.

Mientras la *transferencia objetal* -que reedita la relación arcaica de un niño y sus padres, o de un niño y la imagen supereyica de ellos- se manifiesta en la relación de dos individuos (el paciente y su analista), la *transferencia endopsíquica* -que reproduce también la relación arcaica del niño y sus padres, o de un niño y la imagen supereyica de ellos- se manifiesta en la relación, en el autoanálisis, entre el *yo demandante de salud* y la *imagen parental internalizada* (en la forma específica del *ideal de salud*).

Si un individuo que se autoanaliza "ve" el *ideal de salud* pero no se compromete con él, está transfiriendo a la vinculación actual entre el *yo demandante de salud* y el *ideal de salud* una defectuosa relación pretérita entre su yo y sus padres o entre su yo y su superyó. Actitudes como la *apatía* o el *escepticismo inveterado* frente a la salud, o conductas en que se revela el debilitamiento o la carencia de *incentivo*, nos hablan probablemente de que en el pasado del individuo en cuestión hay un hijo sobreprotegido, un muchacho que obtenía lo que deseaba

sin esfuerzo alguno. También tiene quizás su origen en tal situación, la *conducta voluntarista*, la conducta del que quiere en un abrir y cerrar de ojos, sin el enorme trabajo y esfuerzo que la autoterapia supone, derrotar a la neurosis y acceder rápidamente al ideal de salud. *El autoanálisis metapsicológico tiene, entonces, como una de sus tareas esenciales examinar el carácter y el origen de la transferencia endopsíquica que surge con él.*

No tengo la posibilidad de hacer aquí una enumeración completa de las vivencias "enfermizas" (puestas de relieve por la *transferencia endopsíquica* en el *autoanálisis profundo*) que deben ser objeto de examen y transformación por el *paciente-de sí-mismo*<sup>215</sup>. La lista de "conductas morbosas" que hago a continuación, y en las que se halla invariablemente perturbado el *incentivo* o la relación pragmática del *yo demandante de salud* y del *ideal de salud*, es indudablemente incompleta; pero puede ayudarnos -o mejor, puede ayudar al paciente informado de ellas por el psicopromotor- para identificar estas actitudes y otras similares:

- *Abulia* ("sé que debería luchar por conquistar la salud, pero carezco de fuerzas").
- *Postergación constante* ("mañana le abriremos, respondía, /para lo mismo responder mañana" (Lope de Vega)).

---

<sup>215</sup> "El autoanálisis es una tentativa de ser paciente y analista al mismo tiempo" ..., Karen Horney, *El autoanálisis*, op. cit., p.79.

- *Justificación de la inactividad* ("más vale malo por conocido que bueno por conocer")
- *Insinceridad con uno mismo* ("no me siento, en realidad, tan mal").
- *Reformismo justificatorio* ("no puedo erradicar de golpe mi neurosis, lo tengo que hacer poco a poco").
- *Voluntarismo* ("voy a cambiarlo todo en un abrir y cerrar de ojos"), etc.

Cuando el *paciente-de-sí-mismo* tropieza con una o varias de estas actitudes, debe reconocerlas con valentía, buscar su origen arcaico y manifestaciones posteriores y tener el coraje suficiente, junto con la técnica adecuada para hacerlo, de *reemplazar la reproducción de tales conductas por la conciencia, la verbalización, la escritura y la transformación de ellas*.

La posibilidad de luchar contra estas actitudes que disocian *ideal de salud* y *yo demandante de ella*, reside en lograr que el *yo demandante de salud* tenga, respecto al *ideal de salud*, los dos siguientes movimientos: *elección de objeto e identificación*. El *yo demandante de salud* debe, en efecto, desear o enamorarse de la salud. Pero no sólo eso, sino que debe constantemente tratar de *identificarse* con ella. Si el *yo demandante de salud desea* la salud pero -por alguna *transferencia*

*endopsíquica* perturbadora- no hace nada por identificarse con ella, ahoga el incentivo e inmoviliza el impulso.

El *autoanálisis asesorado* es no sólo un ingrediente necesario del *análisis mayéutico* -como es o puede ser un auxiliar inestimable para toda terapia-, sino un antecedente, una experiencia introductoria, un prólogo para el *autoanálisis independiente*. Tanto el primero -que se realiza bajo la vigilancia del psicopromotor- como en el segundo -que opera como una plena autogestión psicoanalítica- es de gran utilidad examinar y esclarecer la *transferencia endopsíquica* que se haga presente. Pero es también ineludible analizar las *transferencias objetales* que aparezcan o hayan aparecido en la situación psicoanalítica *transitoria* (analista mayéutico/paciente) o con cualesquiera personas de las circunstancias que rodean al analizando. Creo, y lo he afirmado con anterioridad, que la concientización y verbalización de la *transferencia objetal* ayuda a la concientización y verbalización de la *transferencia endopsíquica*; pero también lo contrario es cierto.

El analista *mayéutico* tiene que coadyuvar al adiestramiento del paciente en el análisis de todo tipo de transferencias, ya que éstas no sólo aparecen en la díada psicoanalítica, en el autoanálisis asesorado o en el autoanálisis independiente, sino en la vida cotidiana. Podríamos hacer una distinción entre la *transferencia objetal cotidiana* y la *transferencia objetal clínica*. El psicopromotor debe

ayudar a que el paciente acabe por adquirir la capacidad para desentrañar el sentido no sólo de la transferencia objetal *clínica* (aparecida durante el análisis y proyectada al analista) sino de las transferencias objetales *cotidianas* -que el individuo puede reeditar y proyectar en tales o cuales personas de ambos sexos.

*Paso de información, psicopromoción destinada a generar el incentivo de salud, análisis de las transferencias* son, pues, tareas prelativas que debe llevar a cabo el promotor *mayéutico* en vistas a hacer que el paciente se halle capacitado para tomar finalmente su aparato psíquico en sus manos. Pero los métodos y recursos para una autoobservación metapsicológica son muchos y no pueden ser agotados en un enlistamiento. El paciente entregado a su autoanálisis posee, además de los procedimientos indicados, el de la *reflexión profunda y descarnada*, el del *diálogo intenso con otras personas* y el de la *escritura terapéutica*.

Hay quien cree que el autoanálisis profundo es imposible porque en la mónada no hay *alteridad*. El análisis -opinan muchos- sólo puede avanzar, no detenerse, no retroceder, si un yo *externo* da la pauta para no caer en transacciones, para no ser detenido abruptamente por las resistencias, para no continuar bajo el dominio absoluto del "régimen" neurótico. Pero la verdad es que el padecimiento o el desequilibrio patógeno es el encargado de desdoblar a un aparato psíquico de suyo heterogéneo (donde existe lo

consciente, lo preconscious y lo inconsciente o, de manera más rica, donde existe el superyó, el yo y el ello) en un *yo que quiere conservar el "régimen" neurótico y otro yo que desea destruirlo*<sup>216</sup>. En la mónada no deja de haber, pues, alteridad. En el neurótico no sólo aparecen, además del ello, los dos personajes socorridos de toda psique: el yo y el superyó, sino que, puesto que se desdobra en dos el yo, aparecen tres: el *yo neurótico-conservador*, el *yo demandante de un equilibrio sano* y el *superyó*. Si hacemos a un lado al superyó, quiere decir que frente al *yo neurótico-conservador* está el "otro", el elemento que opera o que puede operar, gracias a su *incentivo de salud*, como un factor externo dentro del "régimen" neurótico. Aún más. *Este "otro" puede llegar a ser más rígido, más implacable, más objetivo que el analista porque no se halla enajenado por las actitudes y prácticas contratransferenciales.*

La tajante afirmación de que la "enfermedad" crea una *alteridad monádica* (o sea que desdobra al yo en un defensor del "régimen" neurótico y en un impugnador de él) es importante para hacer notar que los métodos de la *reflexión profunda* y *descarnada*, del *diálogo intenso con otras personas* y de la *escritura terapéutica*, si se adoptan como técnicas autoanalíticas, no son prácticas de superficie y conformismo, sino procedimientos en que el

---

<sup>216</sup> con sus respectivos aliados en el inconsciente.

*yo demandante de salud*, armado de un *incentivo* de lucha, actúa de manera implacable -como un *psicoanalista interno*- en contra del "régimen" y las tendencias neuróticas que ejercen el poder en la psique. Incluso cuando el individuo entregado a un autoanálisis independiente tropieza con un "nudo patológico", se desorienta y siente la necesidad de solicitar el *asesoramiento* de su psicopromotor, lleva a cabo tal consulta -aconsejado por su *yo demandante de salud*- no para tornar a engancharse en una dependencia, sino para refortalecer con nuevos bríos sus autonomía.

El psicopromotor tiene que explicarle a su analizando el sentido de la afirmación autogestionaria de que *el diván debe ser sustituido por la hoja de papel*. Tanto un término como el otro están tomados, como ya dije, de manera simbólica. El *diván* es el símbolo de la *díada psicoanalítica*. La *hoja de papel*, de la *mónada autoanalítica*. No quiero dar a entender, entonces, que en el psicoanálisis se emplee siempre el *diván* ni que en el autoanálisis metapsicológico se use invariablemente la *hoja de papel*. No es un accidente, subrayaré de paso, que el *autoanálisis fundante* que llevó a cabo Freud, se haya materializado en una correspondencia<sup>217</sup>, esto es, en *hojas de papel*. Creo que la *hoja de papel* puede jugar un rol decisivo en el autoanálisis porque le es dable operar como un *espejo al que se asoma el inconsciente*. En la *hoja de papel* -y esto debe ser aclarado por el

---

<sup>217</sup> con Wilhelm Fliess.

psicopromotor al paciente- pueden y deben realizarse los siguientes actos:

- Interpretación de los sueños.
- Interpretación de los actos fallidos, olvidos, chistes.
- Escritura automática (asociación libre escrita catarsis escritural).
- Autobiografía, memorias, correspondencia, etc.

Aunque todos tenemos sueños, actos fallidos, olvidos, reacción ante las bromas, etc., no todos poseemos las herramientas para saberlos interpretar. La interpretación de estos hechos de la cotidianidad representa, sin lugar a dudas, una puerta de acceso para advertir los impulsos del inconsciente y su destino. Por esta razón, el psicopromotor no es el intelectual que, tras de estudiar *La interpretación de los sueños*, *La psicopatología de la vida cotidiana* y *El chiste y sus relaciones con el inconsciente*, opera, frente al analizando, como el monopolizador de los conocimientos. No es el que *sabe* frente al que *ignora*, sino *el que socializa, de manera estratégica y adecuada, sus conocimientos para que el que ignora se eleve hasta el grado de ser el analista (o, en sentido contrario, al paciente) de sí mismo*. En el psicoanálisis tradicional, para poner un ejemplo, el paciente que llega a visualizar la importancia que reviste para la terapia la interpretación de sus sueños, advierte que carece del instrumental adecuado para llevar a cabo dicha interpretación. Tiene que basarse,

por ende, en la interpretación del analista, dado que la propia no está al alcance de su mano. Mientras que para el psicoanalista en boga este hecho no representa ningún problema, para el psicopromotor (o analista mayéutico) reviste la máxima importancia. De ahí que una de sus tareas esenciales sea la de ir exportando *medios psicoanalíticos de producción*, de tal manera que, en lo que al problema de la interpretación de los sueños se refiere, el analizando vaya comprendiendo paso a paso en qué consiste el sentido fundamental del sueño como *realización de un deseo*, la diferencia entre el *contenido manifiesto* y el *contenido latente*, el *modus operandi* de los procesos oníricos del *desplazamiento* y la *condensación*, el papel que juegan en el sueño los *restos diurnos*, etc. Cuando el paciente comprenda la técnica freudiana para interpretar los sueños -y también, desde luego, otras aportaciones-, podrá tener una llave para acceder a sus requerimientos pulsionales y a la coraza defensiva que les obstruye el paso. No se trata, desde luego, de pretender convertir al paciente en psicoanalista profesional o en psicopromotor mayéutico. Tampoco de insuflarle conocimientos en un sentido académico y teorístico. *Se trata de dotar al neurótico de la herramienta indispensable para descifrar lo que ocurre en su aparato psíquico, con la ayuda -o sin ella- del analista*<sup>218</sup>.

---

<sup>218</sup> Un método inicial de primera importancia para acceder a las tendencias neuróticas del paciente estriba en la sistemática comparación de la interpretación de los sueños del analizando con la del analista.

El psicopromotor debe también ayudar al paciente a la utilización habitual del *automatismo escritural*. Este automatismo no es otra cosa que la asociación libre llevada a la escritura. Se trata, en realidad, de la conducción del método psicoanalítico fundamental -de su *regla básica*- a la *hoja de papel*. Karen Horney escribe: "La expresión completa de sí mismo se logra por medio de la asociación libre. Se le debe a Freud el ingenioso descubrimiento de que la asociación libre, usada hasta entonces tan sólo para los experimentos psicológicos, podía ser utilizada en la terapia. Asociar libremente significa un esfuerzo del paciente por expresar sin reservas y en el orden en que aparece, todo lo que acude (a su espíritu, sin tener en cuenta si ello es o parece ser trivial, impertinente, incoherente, ilógico, indiscreto, poco delicado, embarazoso, humillante"<sup>219</sup>. Se entiende por asociar libremente, entonces, expresar sin reservas lo que acude al espíritu<sup>220</sup>. Pero de común se interpreta este *expresar* como *decir*. En el *sofá*, en efecto, el paciente *dice*; el habla, como vehículo de la expresión, es propia de la *situación psicoanalítica*. La escritura, como medio expresivo, es, en cambio, el método fundamental de la *situación autoanalítica*. En la *díada* se habla, en la *mónada* se escribe. En el diván se expresa verbalmente lo que adviene al espíritu. En la hoja de papel se expresa escrituralmente lo que acude a él. El analista mayéutico

---

<sup>219</sup> La libre asociación es, por otro lado, una técnica que, vinculada a los sueños y su interpretación, juega un papel importante en el develamiento de las tendencias neuróticas.

<sup>220</sup> *Ibid.*, p.79.

induce al analizando a echar mano tanto de la libre asociación *verbal* como de la asociación libre *gráfica*. Como se sabe, el automatismo fue empleado por los surrealistas como un inesperado y sorprendente procedimiento de producción lírica. El requerimiento fundamental de la escritura *automática* es que el poeta -un Breton, un Eluard, un Aragon, un Char, etc.- diera libre expresión a su corriente de vivencias sin la censura o la supervisión del pensamiento consciente. Los surrealistas partían del supuesto de que, frente a la poesía tradicional, constreñida por las inhibiciones y el control racional, *la expresión espontánea del inconsciente es bella*. Los surrealistas recibieron, a no dudarlo, la influencia del psicoanálisis freudiano. Y esta influencia se revela con toda nitidez no sólo en el empleo de material onírico en el papel o en el lienzo, sino en el uso de la *asociación libre escrita* como una técnica habitual de la creación poética. El *psicoanálisis autogestionario* está convencido de que si el automatismo puede ser de mayor o de menor utilidad en la creación lírica, *resulta imprescindible en la terapia*. La *libre asociación escrita* o, lo que es igual, el *automatismo* es, como dije, la "regla básica" llevada al autoanálisis profundo. Hay diferencias, desde luego, con la asociación libre verbal. Las palabras, por importantes o intensas que sean, se las lleva el viento.

*Verba volant, scripta manent*. El único registro posible de ellas es la memoria y la memoria es vulnerable por muchas razones. La

palabra escrita, en cambio, permanece como un islote de inmovilidad frente a la vorágine transformadora de todo lo restante. Estoy convencido de que no sólo hay una *catarsis verbal* -la catarsis que surge o puede surgir en la terapia sicoanalítica-, sino que existe una *catarsis escritural*. Como se sabe la conversión de lo inconsciente en consciente, acompañada de su *verbalización*, lleva a la *catarsis psicoanalítica*. Pero hay que añadir que la conversión de lo inconsciente en consciente, acompañada de su *escritura* lleva a la *catarsis autoanalítica*. Si es indudable que hablar implica pensar<sup>221</sup>, escribir presupone hablar. La escritura, como es obvio, no es otra cosa que verbalización gráfica. El *hablar* puede ser comparado con el *ver*. Ambos comportamientos, efímeros, se hallan inscritos en el tiempo. La *escritura* -y en su caso el automatismo- puede ser parangonada con la *fotografía*. Ambas producciones, duraderas, son un intento de escapar del condicionamiento temporal. La *fijeza* de la escritura tiene una gran virtud terapéutica: impide desdecirse. Ante la verbalización, podemos retractarnos, decir: "eso no fue lo que dije"... o "yo quise decir que"... o "usted no me entendió, porque yo estaba aludiendo a...". Pero ante la escritura no hay manera de escabullirse. Las resistencias pierden asidero. Y la develación de tal o cual aspecto de la psique *permanece* en la *hoja de papel* como un indicio, una pista, una confesión o algo que "se la salió" al paciente

---

<sup>221</sup> pensar que puede ser preconsciente o inconsciente.

en un momento dado. La *catarsis escritural* es una *catarsis verbal* reforzada porque no sólo aflora desde el pensamiento y el inconsciente y se materializa en el habla, sino que aflora desde el habla y se materializa en los caracteres gráficos.

El psicopromotor debe mostrar a su analizando qué hay de común entre la asociación libre *verbal* y la asociación libre *escrita*, pero también cuáles son las diferencias más visibles entre ambos métodos. Creo que conviene hacer una distinción entre un *automatismo asesorado* y un *automatismo independiente*<sup>222</sup>. El *automatismo asesorado* no es únicamente la "regla básica" del psicoanálisis materializada gráficamente y realizada bajo la supervisión del promotor mayéutico, sino la preparación o los prolegómenos para un *automatismo independiente*. De la misma manera que se precisa afirmar que, para el psicoanálisis autogestionario, el fin de la terapia no es el *autoanálisis asesorado*, sino el *autoanálisis independiente*, conviene subrayar que el *objetivo* de la promoción técnica del analista mayéutico no es adiestrar al analizando en el *automatismo asesorado*, sino en el *automatismo independiente*. En realidad, el *automatismo asesorado* (y su pieza técnica: el *automatismo asesorado*) no son *finés*, sino *medios*: preámbulo indispensables para la adquisición de un autoanálisis y un automatismo independientes.

---

<sup>222</sup> diferenciación que no es más que un aspecto parcial de la diferenciación entre el *autoanálisis supervisado* y el *autoanálisis independiente*.

En la *hoja de papel* puede el individuo decir y decirse muchas cosas. Puede volcar en ella *meditaciones, diálogos con los demás y consigo mismo, páginas de diario, análisis de estados de ánimo, narración de una conducta o una serie de conductas y la autocrítica de ellas, etc.* La *autobiografía autoanalítica* es una herramienta de trabajo de primera importancia. El análisis mayéutico debe empujar a su analizando a escribir y rescribir permanentemente sobre su propia vida, en el entendido de que el paciente tiene que convertirse, por así decirlo, en un espía de sí mismo. Así como el automatismo permite examinar la asociación libre de ideas, corazón del método (Braunstein), la *biografía* o el *diario* dan la posibilidad de analizar conductas, reacciones, actitudes. *Es tan importante examinar,, el lenguaje de la psique como el lenguaje del comportamiento.* La *autobiografía autoanalítica* debe hallarse inicialmente *asesorada*, y es que no sólo hay que tener la valentía de escribir y de develarnos en la escritura, sino también hay que *saber leer* lo que escribimos.No es lo mismo, en efecto, una lectura espontánea o común y corriente de lo escrito que una *lectura psicoanalítica* de ello. El fin de llevar a cabo una *autobiografía asesorada* es, como se comprende, la *autobiografía independiente*. Autobiografía que es, además, la expresión no de una *crónica*, sino de una historia; no de una crónica que es "mera acumulación de recuerdos, carente en sí de sentido, como la de los periódicos en una hemeroteca",

sino de una historia "que es el lugar simbólico donde los acontecimientos valen por su sentido, por su significación"<sup>223</sup>.

El psicopromotor debe ser consciente, y actuar en consecuencia, de que en muchas ocasiones no le basta al paciente con tomar conciencia de tales o cuales tendencias neuróticas o de una caracterología formada en y por una neurosis severa, para acceder a la "salud", sino que se precisa esforzarse por cambiar. Pondré un ejemplo. Supongamos que un individuo cae en cuenta de que un elemento fundamental de su trastorno reside en una inseguridad compulsiva, y supongamos asimismo que incluso logra rastrear la etiología última de ésta. Aunque esta toma de conciencia es, sin duda, necesaria para la "curación", no es sin embargo suficiente. El individuo debe esforzarse por recuperar la confianza en sí mismo; si sus inseguridades se manifiestan en tales o cuales terrenos (dificultad de hablar en público, timidez, etc.) debe tratar de vencer las dificultades, "torcer la vara en sentido contrario" (obligarse, por ejemplo, a actuar de modo opuesto a su manera apocada de hacerlo habitualmente, etc.). En una palabra, el analista debe mostrar al paciente que la terapia es un proceso en que intervienen elementos teóricos, prácticos, volitivos emocionales.

Además de los actos que pueden realizarse en la *hoja de papel* o en la *meditación metapsicológica*, el análisis mayéutico puede echar

---

<sup>223</sup>Nestor A. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*, op. cit., p. 235.

mano -y en la mayor parte de los casos es necesario que lo haga- del método del *análisis recíproco*. Dada la importancia de este procedimiento, lo expondré con detalle más adelante. Pero antes aludiré a otro tema de importancia innegable.

2. El psicoanálisis autogestionario también puede ser aplicado a la *terapia de grupo*. La finalidad perseguida por la terapia de grupo concebida autogestionariamente es también el autoanálisis profundo: la terapia de grupo *se llevará a cabo con el propósito de que todos y cada uno de los integrantes de él acaben por hallarse preparados emocionalmente y pertrechados de la técnica necesaria para llevar a cabo un autoanálisis no sólo ocasional, sino sistemático, no sólo superficial sino profundo*. Esta terapia de grupo tiene dos elementos en común con el análisis mayéutico de carácter diádico (promotor/paciente): a) en ambos casos actúa un psicopromotor preparado con antelación en un *análisis pedagógico*, b) en ambos casos el objetivo que se persigue es no sólo o no tanto la curación o el debilitamiento de los conflictos, sino dotar al paciente o a los miembros del grupo de la capacidad de llevar a cabo un autoanálisis profundo y, por tanto, hallarse en posibilidad de prescindir en el momento oportuno del psicopromotor. La terapia de grupo tienen algunas ventajas, pero también algunas dificultades que no pueden dejar de señalarse. Entre las ventajas, puedo mencionar el hecho de que la percepción de los conflictos ajenos y de la lucha

emprendida por superarlos, ayuda o puede ayudar a la percepción de problemas propios y de la pugna por resolverlos. Una de las resistencias más importantes que existen en multitud de neuróticos es la *resistencia al autoanálisis*. No sólo existe la resistencia a reconocer tales o cuales tendencias neuróticas, sino la resistencia a crecer psicológicamente. Hay quienes se oponen tajantemente a reapropiarse de su enfermedad o quienes acuden a toda clase de subterfugios en contra de la idea de ser "abandonados" a sí mismos. En la terapia de grupo concebida autogestionariamente cada individuo tiene en los demás una especie de espejo en el que ve más o menos distorsionados sus mismos conflictos o trastornos similares. Un individuo puede advertir en otro, por ejemplo, su gran resistencia a convertir su neurosis extravertida en neurosis introvertida y, por ende, su deseo de permanecer siendo niño, y esta percepción le puede ayudar para hacer de lado sus defensas y llegar al convencimiento de que es deseable y posible dejar de hallarse bajo la supervisión de otro (el psicopromotor) para convertirse en *paciente-de-sí-mismo*. Una de las dificultades más visibles de la terapia de grupo es la necesidad, por parte del psicoanalista (si se trata de una terapia heterogestionaria) o del psicopromotor (si se trata de una terapia autogestionaria), de tomar en cuenta, analizar y superar *la red de transferencias y contratransferencias de los miembros del grupo entre sí y de ellos en conjunto con el analista o el promotor*.

Es muy probable que la terapia de grupo acabe transformándose en lo que llama Freud una "masa artificial", es decir, una reunión de individuos con carácter organizacional. Es muy probable, asimismo, que el psicoanalista o el psicopromotor sea considerado como el *líder* -en realidad la imagen parental cohesionadora- de la masa artificial, y ello al menos por dos razones evidentes: a) porque el psicoanalista o el psicopromotor aparece ante el grupo como el "orientador" y b) porque es el individuo del que se espera la curación o el alivio del plexo de enfermedades extravertidas que traen consigo los neuróticos. Es posible también que surja, en los miembros del grupo en terapia, el "complejo cainita" (o la lucha fratricida, más o menos emboscada, entre ellos) siendo que cada analizando -que actúa como el hijo enfermo al que el padre-analista debe auxiliar- ve a sus colegas como virtuales competidores en el aprecio y la preferencia del analista. También pueden formarse bandos o sellarse tales o cuales alianzas -pasando a un segundo término las contradicciones faccionales- con el objeto más o menos inconsciente de ganarse la voluntad o por lo menos la atención del analista. La terapia autogestionaria de grupo no sólo debe tomar en cuenta esta red de transferencias y contratransferencias que emergen en las sesiones, y tratar de procesarlas analíticamente, sino también *debe pugnar en todo momento por modificar de cuajo los roles de los pacientes y del analista*. La terapia de grupo no debe ser concebida como un espacio en que un *médico* -subrogado del padre o

de la madre- atiende a sus *enfermos* -subrogados de los hijos. El analista debe abandonar el papel de *padre* -o del individuo que "se las tiene que ver" con los padecimientos de sus hijos- y coadyuvar a que sus analizandos, reapropiándose de su neurosis, dejen de lado su papel inconsciente de *hijos*.

3. Hay que diferenciar el *análisis mayéutico de grupo* y el *análisis pedagógico de grupo*. Todo análisis pedagógico es mayéutico (porque en él se orienta al analizando hacia el autoanálisis descarnado); pero no podemos afirmar, al contrario de ello, que todo análisis mayéutico sea pedagógico, ya que el análisis mayéutico no se propone, como el pedagógico, crear psicopromotores. El *análisis pedagógico* va en pos, en efecto, de dos objetivos: el autoanálisis independiente de cada analizando y su conversión en analista mayéutico o psicopromotor. El *análisis mayéutico* persigue, lo diré una vez más, sólo un objetivo: el autoanálisis independiente de cada quien. La técnica en un caso y en otro es diferente en ciertos aspectos: la requerida por el análisis pedagógico es más compleja que la exigida por el análisis mayéutico porque no sólo tiene como finalidad dar luz verde al autoanálisis metapsicológico, sino *promover promotores*.

4. El *psicoanálisis autogestionario* tiene varias funciones o puede jugar diversos papeles:

- a) en primer lugar, y antes que nada, puede generar un nuevo tipo de terapia: el autoanálisis pleno e independiente, por el cuál se pugna en este escrito,
- b) puede coadyuvar, en segundo lugar, a que se reconozca al autoanálisis de profundidad como un método auxiliar del psicoanálisis, más o menos como lo entiende Karen Horney,
- c) puede ayudar, asimismo, a los pacientes sometidos a una terapia heterogestionaria tradicional a modificar en alguna medida su actitud ante su enfermedad, ante su psicoanalista y ante sí mismos,
- d) puede influir igualmente a los analistas tradicionales a variar en algún grado su actitud ante su analizando, ante los padecimientos de éste y ante sí mismo y
- e) puede brindar su ayuda, por último, a la psicología social.

5. Voy a aludir ahora al método del *análisis recíproco*. Pero antes de exponer con algún detalle en qué consiste éste y por qué resulta imprescindible, las más de las veces, para acceder al *autoanálisis autónomo, profundo y autosuficiente*, deseo dar un rodeo y poner de relieve ciertos aspectos significativos de la autogestión psicoanalítica.

En el *autoanálisis metapsicológico* el individuo deviene *paciente-de-sí-mismo* o -lo que tanto vale- *analista-de-sí-mismo*. El

neurótico que se autoanaliza a profundidad es, en efecto, tanto *paciente* como *analista* de sí. La *situación psicoanalítica* exterior se interioriza. La dualidad deviene unidad, la *díada*, subvertida, cristaliza en *mónada*; pero, en este tránsito, no abandona la dicotomización dinámica o la alteridad en pugna. La *unidad y lucha de contrarios* es la categoría dialéctica que expresa de la manera más justa el acontecer terapéutico del *autoanálisis metapsicológico*.

Para acceder a una *situación autoanalítica* en que uno es, desde cierto punto de vista, *analista de sí* y, desde otro, *paciente de sí*, conviene llevar a cabo, al interior del *análisis mayéutico*, lo que denomino *análisis recíproco*.

Entiendo por *análisis recíproco* la deliberada reconformación de la *situación psicoanalítica* en vistas a reemplazar la relación *lineal* analista/paciente, por la estructuración bilineal analista-paciente/paciente-analista. Se trata de una *díada* duplicada en que el analista se halla dispuesto a ser paciente de su paciente y el paciente a ser analista de su analista.

Es importante subrayar que en la vida cotidiana tiene lugar frecuentemente un *análisis recíproco espontáneo* entre dos o más personas. En la pareja, en la amistad, en la confesión religiosa, en la relación padres-hijos, etc. aparece sin cesar una forma natural y un tanto primitiva de observarse e interpretarse psíquicamente unos a otros. El *análisis recíproco espontáneo* -una de las manifestaciones habituales

de la psicología superficial- reaparece, por lo general, en la situación psicoanalítica común. Es ampliamente reconocida, y constantemente reiterada, aquella experiencia en que el paciente psicoanalizado tiende a "psicoanalizar", de modo más o menos inconsciente, a su psicoanalista. El *psicoanálisis autogestionario* no sólo se propone volver consciente y deliberado este *análisis recíproco* inconsciente y espontáneo, sino emplearlo como una de las experiencias esenciales para que el paciente pueda acceder al *autoanálisis metapsicológico*. Uno de los procedimientos técnicos fundamentales, en efecto, que pueden y deben ser empleados en la *díada mayéutica*, a partir de cierto grado de desarrollo, es el *análisis recíproco*, tendiente a generar en el neurótico no sólo la experiencia psicoanalítica del analizando, sino la vivencia terapéutica del analista. La esencia del autoanálisis descarnado -el hecho de que el individuo deviene *paciente-de-sí-mismo*- puede ser abordada de manera más completa y expedita si el candidato al autoanálisis independiente "ha vivido" tanto la experiencia del paciente como la del analista. Esta es la razón que me lleva a suponer que el psicoanalista ortodoxo - que cumple la doble función de ser *analista* respecto a su paciente y *paciente* respecto a su terapeuta<sup>224</sup> -es un sujeto que *podría* acceder con menos dificultades que otros al *autoanálisis independiente*. Claro que sus prejuicios heterogestionarios probablemente se lo impidan, ya que, en vez de

---

<sup>224</sup> en el análisis didáctico.

synthesize in one person the double role of analyst of a patient and of patient of an analyst (and initiate, after that, an *autoanálisis profundo*), assumes without chiding the role of guide in one case and of guide in the other.

In the *análisis mayéutico* it is possible to discern three distinct phases: a) a phase in which, for as long as the bases for self-management are being laid, still predominates the "heterogestión"<sup>225</sup>, b) a stage in which the "heterogestión" of the beginning is replaced by self-analysis. It is clear that it is not yet the *autoanálisis independiente*, but of an autoanalysis, each time more profound, carried out *bajo la vigilancia y supervisión del psicopromotor*, c) a moment when one finally assumes the *análisis recíproco*, to which one must arrive once the two previous stages have been completed and when the analyzed one is on the verge, so to speak, of his psychoanalytic autonomy.

The *análisis recíproco* can and should be carried out both in the *análisis pedagógico* (designed to generate psychopromoters) and in the *análisis mayéutico* (tending to facilitate independent self-analysis). In both cases, this psychoanalytic technique is destined for the individual, synthesizing the double figure of the therapy, to carry out adequately the process of his autonomy, with the difference that in both the psychopromoter is someone who leads to

---

<sup>225</sup> "Heterogestión" destinada a crear las condiciones para que el analizado vaya poco a poco haciéndose a la idea y al sentimiento de que el mejor analista de sí tendrá que ser él mismo.

cabo el autoanálisis metapsicológico y además guía a los pacientes hacia su autogestión, el paciente sin intereses terapéuticos es alguien que simple y llanamente toma el destino de su psique en sus propias manos.

No me cabe la menor duda de que este aspecto del *psicoanálisis autogestionario* es uno de los puntos que resultarán más controvertidos para el psicoanálisis en boga y sus *condotieri* heterogestionarios. Atenta contra el puesto de mando. Subvierte el orden. No respeta jerarquías. Pero, como resulta indispensable para el crecimiento e independización del paciente, es una práctica que el analista autogestionario asumirá sin duda con pleno convencimiento y beneplácito.

6. Como se desprende de las páginas que componen el presente texto, conviene tomar en cuenta la tajante distinción entre tres tipos de autoanálisis: el pre-psicoanalítico (o a-psicoanalítico), el psicoanalítico y el post-psicoanalítico. El primero se diferencia de los otros dos en que, con independencia de su intención, se encuentra enmarcado en lo fundamental dentro de una *psicología superficial*. Su herramienta esencial -la introspección o autorreflexión- se halla incapacitada para trascender la conciencia, desestructurar las defensas y lograr la interpretación o la reconstrucción correcta del vínculo entre el síntoma patógeno y la etiología del mismo<sup>226</sup>. El autoanálisis psicoanalítico -método incorporado a la técnica analítica por

---

<sup>226</sup> En este sentido, así como Freud hablaba de un "análisis silvestre" (consistente en el intento de interpretar el contenido del ello sin dismantelar las defensas), podríamos calificar al autoanálisis espontáneo como un *autoanálisis silvestre*.

algunos analistas como Karen Horney- tiene diferencias no sólo con el autoanálisis espontáneo y a-psicoanalítico, sino también con el autoanálisis post-psicoanalítico que se propone en el texto presente: se distingue del primero en que abandona la situación monádica natural y la psicología de superficie que le corresponde a favor de una *situación psicoanalítica* (analista/paciente) y de una *psicología de las profundidades* promovida y supervisada por el terapeuta. Se contrapone también al autoanálisis post-psicoanalítico en que circunscribe su operación a los marcos de la díada clínica y no concibe, por la razón que sea, la posibilidad de un autoanálisis profundo y emancipado de la *situación psicoanalítica*.

Desde el punto de vista de la transferencia, podemos asentar que mientras en el autoanálisis espontáneo y a-psicoanalítico la transferencia es borrosa (porque la introspección es la acción aperceptiva de *una sola persona* y porque el desdoblamiento del yo es ilusorio o decididamente embrionario), en el autoanálisis psicoanalítico es principalmente, aunque no únicamente, una *transferencia objetal* (es decir una transferencia que realiza su *acting out* ante la "mirada" del analista) y en el autoanálisis post-psicoanalista es una transferencia que se desenvuelve en lo esencial como *transferencia endopsíquica*.

Para distinguir el autoanálisis profundo y post-psicoanalítico del autoanálisis espontáneo y pre-psicoanalítico, lo he calificado en

diversas ocasiones, a lo largo de este escrito, de *metapsicológico*. Si la finalidad primordial del psicoanálisis, en la interpretación autogestionaria del mismo, es gestar Un autoanálisis que, a diferencia del espontáneo, introspectivo y superficial, se define como metapsicológico, ¿qué debemos entender por este *autoanálisis metapsicológico* que le da su finalidad, su razón de ser, su propósito fundamental al psicoanálisis autogestionario?

Si tomamos en cuenta que Freud, considerando conveniente distinguir el sector "más acabado de la investigación psicoanalista", *denominó metapsicológico* (Término que había utilizado ya en una carta a Fliess del 13 de febrero de 1896) "a aquella exposición en la que consigamos describir un proceso psíquico conforme a sus relaciones dinámicas, tópicas y económicas"<sup>227</sup>, un *autoanálisis metapsicológico* (que es el resultado, la finalidad o el propósito esencial de un tratamiento *mayéutico* que pretende ir no sólo de la "enfermedad" a la "salud", sino de la independencia a la autogestión terapéutica), tiene que llevarse a cabo de conformidad con los puntos de vista mencionados: *dinámico, tópico y económico*, a los que hay que añadir, según el propio Freud, la perspectiva *genética*. Un *autoanálisis metapsicológico*, por ende, se diferencia de manera radical de todo

---

<sup>227</sup> "Lo inconsciente" (1915), en Sigmund Freud. *Los textos fundamentales del psicoanálisis*, op. cit., p. 202-203.

*autoanálisis silvestre*<sup>228</sup> en que opera o debe operar con un cuádruple enfoque: *genético* (en relación con el origen del trastorno), *dinámico* (en relación con la interacción de fuerzas que actúan en el aparato psíquico), *tópico* o *estructural* (en relación con su ubicación en el aparato anímico) y *económico* (en relación con la energía cambiante o la "impulsividad" puesta en juego). El *análisis mayéutico*, he aclarado con anterioridad, es la condición posibilitante para llevar a cabo este autoanálisis al que he calificado de post-psicoanalítico para indicar que representa el desenlace terminal del *encuentro* entre el psicopromotor y el paciente. En lo esencial, el análisis mayéutico se propone no sólo coadyuvar, como dije, al desdoblamiento del yo y al fortalecimiento del yo *demandante de salud*, sino a reorientar a este último a que sustituya su tendencia silvestre habitual por un enfoque matapsicológico. En sus sesiones cotidianas, el psicopromotor dirigirá su actuación en el sentido de coadyuvar a que el paciente -y de manera más específica, el yo demandante de salud, o sea, *el verdadero sujeto del autoanálisis profundo*- luche por autoanalizarse de acuerdo con la cuádruple raíz del enfoque metapsicológico: *genético, dinámico, tópico y económico*.

7. Aunque no lo he aclarado de manera explícita, cae de suyo que el psicoanálisis autogestionario está pensado para personas mayores. Es susceptible de ser asumido desde la adolescencia en adelante. No creo en la posibilidad, por lo menos en el grado de

---

<sup>228</sup> aunque no, como se pretende, de un autoanálisis psicoanalista, como el propuesto por Hom ey, el cual también puede y debe ser enfocado desde una *perspectiva metapsicológica*.

desarrollo en que se halla hasta hoy esta propuesta, de su asunción ni en las tres fases pregenitales de la primera infancia, ni en el momento del complejo de Edipo, ni en la etapa de la latencia. En una palabra, soy de la opinión de que no puede haber, en sentido estricto, un *psicoanálisis autogestionario de niños*.

Anna Freud escribe que: "fue obvio desde un comienzo que la técnica analítica clásica no era aplicable a los niños, no al menos antes de la edad de la pubertad o, en el mejor de los casos de la pre-pubertad. La asociación libre, apoyo principal de la técnica analítica, debía destacarse como método: los niños pequeños no quieren ni pueden practicarla"<sup>229</sup>. La razón de fondo de que los pacientes infantiles no puedan practicar la "regla principal" del psicoanálisis tiene que ver, a no dudarlo, con el insuficiente grado de desarrollo, en el infante, del aparato psíquico en general y del yo (contrapuesto a las otras instancia anímicas) en particular. La misma razón nos explica la imposibilidad de llevar a cabo en esa misma edad un psicoanálisis autogestionario. En el niño muy pequeño la heterogestión es natural. Ello tiene que ver, sin lugar a dudas, con el carácter desvalido del bebé con su incapacidad de supervivencia por sí mismo, con la imperiosa e insoslayable necesidad de atención de sus mayores en general y de su madre en particular. "Por lo general, si a los niños se les coloca en el diván analítico con el propósito de que allí alcancen una

---

<sup>229</sup> Anna Freud, *El psicoanálisis infantil y la clínica*, Paidós, México-B.Aires-Barcelona, 1986, p.73.

concentración relajada, se los condena a un total silencio. En su caso, el habla y la acción no pueden separarse<sup>230</sup>. Si el análisis en sentido estricto es imposible en niños muy pequeños<sup>231</sup>, el psicoanálisis autogestionario, que se funda en la terapia analítica (aunque en una terapia analítica orientada a la autonomización del paciente) no puede llevarse a cabo en rigor en esa etapa de la vida. Pero algo puede hacerse. Lo que me gustaría denominar el *pre-psicoanálisis mayéutico infantil* realizable en la pubertad mediante la asociación libre, y antes de ella con técnicas sustitutivas de la "regla fundamental" como son el juego, los dibujos, las fantasías, etc.- no tiene como su fin inmediato, como ocurre en el análisis mayéutico de los mayores, la capacitación para llevar a cabo un autoanálisis permanente en toda la extensión de la palabra, sino sentar las bases, gradualmente, para *introvertir* los padecimientos y trastornos neuróticos en los pequeños y para facultarlos a emprender un *autoanálisis supervisado*. Un muchacho que sale del pre-psicoanálisis mayéutico infantil con estas dos características, aunque no continúe en un análisis mayéutico autogestionario, adquiere elementos de madurez que pueden ayudarlo de manera esencial a lo largo de su existencia. Si el infante que ha sido "analizado" en el pre-psicoanálisis mayéutico infantil pasa, en cambio, a un análisis mayéutico autogestionario ha avanzado de tal modo,

---

<sup>230</sup> Ibid.,p.73.

<sup>231</sup> Aunque hay sucedáneos de la asociación libre, como la técnica del juego puesta de relieve por M. Klein o por HugHellmuth, que permite hasta cierto punto comprender lo que pasa en el alma infantil.

al desligarse gradualmente del infantilismo de la dependencia<sup>232</sup>, que se halla, en general, más capacitado que otros para conquistar su terapia autoanalítica.

---

<sup>232</sup> Desligamiento que se halla propiciado en este tipo de pre-psicoanálisis mayéutico por la orientación hacia un *autoanálisis supervisado* y la tendencia a la *introversión del trastorno*.

## CAPITULO V

### DEL PSICOANÁLISIS AL AUTOANÁLISIS

¡Nosotros, como analistas, debemos ser más cautos y hacer un hincapié especial en el empeño de hacer al enfermo autónomo", Freud-a-Pfister, 22 de oct. de 1927.

La aparición del *psicoanálisis autogestionario* es y ha sido difícil. La simbiosis de la tendencia heterogestionaria de los analistas y de la resistencia a la autogestión de los analizandos ha dificultado, y seguirá haciéndolo, la emergencia de un psicoanálisis de nuevo tipo. Podemos distinguir los siguientes momentos importantes que, escalonados, llevan a la formulación del psicoanálisis basado en la autogestión:

1. algunos aspectos de la técnica psicoanalítica freudiana,
2. el punto de vista clínico de Jung,
3. el gran salto dado por Karen Horney en su lucha a favor del autoanálisis,
4. las aportaciones de la técnica lacaniana y

5. la propuesta que, basada en la ampliación, sistematización y fundamentación de las anteriores, se presenta en este texto.

*1. Algunos aspectos de la técnica psicoanalítica freudiana.* A pesar de que la metodología clínica freudiana se basa en el *trabajo psíquico del paciente* (en la "regla básica"), a pesar de que, con ello, el neurótico deja de ser un elemento pasivo y se vuelve un colaborador esencial del médico<sup>233</sup>, y a pesar, en fin, de que en todo esto hallamos una forma embrionaria de autogestión por parte del enfermo, el psicoanálisis clásico es, en general, un psicoanálisis heterogestionario. Y la razón esencial de ello estriba en el hecho de que su propósito esencial, enunciado de manera tácita o expresa, consiste en coadyuvar al autoconocimiento psíquico del analizando y en esforzarse por eliminar o aliviar el trastorno que padezca; pero dicho propósito no llega al punto de concebir la finalidad del proceso clínico *como la simultánea producción de un individuo capaz de gestar su autoterapia y un analista que concibe su actuación profesional como el que, durante toda la atención clínica, ayuda al paciente a prescindir del analista*. No niego que puede haber un número x de psicoanalistas que tiendan inconscientemente a la realización de un psicoanálisis autogestionario. Pero una cosa es la tendencia empírica a ello y otra la *estructura global* -francamente heterogestionaria- que caracteriza al

---

<sup>233</sup> En que se realiza "la alianza entre el yo razonable del paciente y el yo analítico del analista", Néstor A. Braunstein, *ibid.*, p.171.

psicoanálisis en que se hallan enmarcados. La estructura heterogestionaria del psicoanálisis se devela con claridad si pensamos en tres elementos estrechamente vinculados: en el *carácter* de la teoría, en el *lugar* desde el que opera el analista y en el *ámbito* en el que actúa el analizando.

Pudiera parecer una paradoja del psicoanálisis clásico y sus muchas ramificaciones contemporáneas el que pugne por el *autoconocimiento* del neurótico, pero se resista a promover en él un *autoanálisis independiente*. Pero tal paradoja se viene abajo si tomamos en cuenta que los psicoanalistas no sólo se oponen a la posibilidad de un autoanálisis independiente, sino que se basan en el principio heterogestionario de que *el autoconocimiento psicológico, la autoobservación profunda, sólo es posible mediante la guía profesional del analista*.

Por consiguiente, tanto el autoconocimiento como el autoanálisis<sup>234</sup> se hallan mediados, en el psicoanálisis clásico, por la intervención del *que sabe*. A pesar, pues, de que la libre asociación es un método embrionariamente autogestivo, el psicoanálisis común y corriente es, en esencia, dirigista y heterogestionario.

2. *El punto de vista clínico de Jung*. Jung es otro de los psicoanalistas que se aproximan o parecen aproximarse al punto de vista autogestionario. Y es que, para él, "el hombre moderno,

---

<sup>234</sup> O, mejor, ciertos elementos autogestionarios que contiene la clínica freudiana.

espiritualmente desarrollado, aspira - consciente o inconscientemente- a regirse autónomamente y a sostenerse en el sector moral por sus propias fuerzas. El timón que otros habían manejado ya demasiado tiempo en su lugar, quisiera otra vez tenerlo en sus manos"<sup>235</sup>. Jung, plenamente consciente del infantilismo de la dependencia o de lo que él denomina *complejo parental*, añade que el individuo: "Querría comprender, o, dicho en otras palabras, quisiera ser él mismo una persona mayor"<sup>236</sup>. Jung hace notar que: "Es, sin duda, mucho más fácil dejarse guiar y conducir, pero esto ya no es del agrado del hombre culto de hoy, puesto que siente instintivamente que el espíritu de nuestra época le exige ante todo una *autonomía moral*"<sup>237</sup>.

El psicoanálisis debe tomar en cuenta, según Jung, los anhelos y las actitudes de los hombres cultos de hoy en día "y, por tanto, debe rechazar con férrea consecuencia, las aspiraciones del enfermo a que lo conduzcan y le den instrucciones de continuo"<sup>238</sup>. Jung subraya, además que: "El médico psicoanalista conoce demasiado bien su propia imperfección para que pueda pretender seriamente desempeñar el papel de padre y de guía"<sup>239</sup>. En vista de esto, la aspiración máxima del analista "no puede consistir sino en educar a sus enfermos para hacer de ellos personalidades autónomas, librándolas de la

---

<sup>235</sup> Carl Gustav Jung, *Teoría del psicoanálisis*, op. cit., p.198.

<sup>236</sup> Ibid.,p.198.

<sup>237</sup> Ibid.,p.198.

<sup>238</sup> Ibid.,p.198.

<sup>239</sup> Ibid.,p.198.

vinculación inconsciente a los límites infantiles"<sup>240</sup>.

Las observaciones junguianas anteriores, y en especial la última de ellas, no sólo parecen aproximarse al punto de vista autogestionario, sino identificarse sin más ni más con él. La concepción de la función del analista como un individuo que, consciente de sus imperfecciones, *educa* a sus enfermos "para hacer de ellos personalidades autónomas" y para librarlas "de la vinculación inconsciente a los límites infantiles" dejan la impresión de una plena coincidencia con lo que he llamado en este texto el *análisis mayéutico* y los propósitos que persigue.

No obstante, la apariencia de identificación de las posiciones de Jung con los planteamientos del *psicoanálisis autogestionario* se viene abajo apenas leemos lo siguiente: "Existen médicos que creen que un *autoanálisis* les será suficiente; sin embargo, son unos psicólogos-Münchhausen, semejantes a aquel protagonista de los cuentos que se sacaba con su caballo del pantano, tirando de sus propios cabellos. Con esta psicología, se queda uno estancado. Olvidan estos galenos que una de las condiciones terapéuticas de mayor eficacia es precisamente la sumisión de sí mismo al juicio objetivo del otro. Frente a sí mismo se permanece siempre ciego"<sup>241</sup>.

Al llegar a este sitio, además de subrayar la notoria discrepancia que mantiene Jung con un análisis autogestionario, conviene hacer

---

<sup>240</sup> Ibid., p.198.

<sup>241</sup> Ibid., p. 209.

énfasis en que ello se debe a que, en realidad, identifica el *autoanálisis* con el *autoanálisis espontáneo* -donde en efecto, como él dice, los individuos son psicólogos-Münchhausen- y a que no comprende que en el *autoanálisis profundo* -producto de una psicopromoción- hay una *alteridad*: entre un *yo neurótico-conservador* y un *yo demandante de salud* (que está capacitado para formular un *juicio objetivo* sobre la situación del aparato psíquico y, si adquiere el *incentivo* adecuado, obrar en consecuencia). No obstante ello, no obstante reenajarse Jung a los límites del psicoanálisis heterogestionario, bordea, sin duda, la frontera de la autogestión y debe ser considerado como uno de sus más lúcidos precursores<sup>242</sup>.

3. *El gran salto dado por Karen Horney*. A diferencia de Freud y otros psicoanalistas de primera línea, Karen Horney, en su etapa madura -radicada ya en EE:UU:-, cree que debe reivindicarse la posibilidad y conveniencia del *autoanálisis*. Quiero subrayar, sin embargo, y desde ahora, que nuestra psicoanalista ve a esta técnica esencialmente como un *método auxiliar* del psicoanálisis o como un procedimiento que, surgiendo al margen de la experiencia psicoanalítica, y echando mano de ciertas autoobservaciones perceptivas, puede acarrear a veces algunos beneficios que aunque no sean muy profundos, como en los llamados *autoanálisis ocasionales*, permiten adquirir a los individuos cierto

---

<sup>242</sup> Es, inclusive, uno de los antecedentes de la concepción del *análisis mayéutico* que incluye mi propuesta, como puede advertirse en la siguiente cita: "El análisis no consiste sino en una mayéutica socrática muy refinada que no retrocede ni ante los senderos más oscuros de la fantasía neurótica", *ibid.*, p.253.

conocimiento de sí mismos y aliviar algunas tensiones y ansiedades. Con todo, Karen Horney no logra trascender la concepción heterogestionaria que caracteriza al psicoanálisis en *términos generales*, y ello por dos razones muy visibles: porque piensa que en última instancia el psicoanálisis tiene un rango superior, terapéutica y epistemológicamente hablando, que el autoanálisis<sup>243</sup> y porque no llega a formular, de manera nítida y sistemática, que la finalidad del psicoanálisis debe ser el autoanálisis independiente. No obstante, el autoanálisis resulta de gran utilidad, según nuestra psicoanalista, si tomamos en cuenta ciertas necesidades sociales. "El autoanálisis sería deseable escribe Horney- para los que por razones de dinero, de tiempo y de ubicación no pueden someterse a un tratamiento regular"<sup>244</sup>. Supongamos, en efecto, que un individuo que sigue un tratamiento psicoanalítico pierde su trabajo y no puede, durante x tiempo, pagar a su psicoanalista. Supongamos, asimismo, que otro paciente, durante algunos meses, se ve obligado a trabajar tanto que no le queda materialmente tiempo para asistir a su terapia habitual de una o dos veces por semana. Supongamos, por último, que un analizando se vea en la necesidad por razones de trabajo, de ausentarse del país en que vive y en que asiste regularmente a un tratamiento

---

<sup>243</sup> "el autoanálisis no puede igualar en modo alguno la rapidez y exactitud del tratamiento analítico de un experto", *El autoanálisis*, op. cit. P.21. Y también: "estamos dando por sentado que todo el proceso es más fácil con una ayuda competente", *ibid.*, p.25.

<sup>244</sup> *Ibid.*, p.28.

psicoanalítico. En los tres casos<sup>245</sup> la suspensión del psicoanálisis y del trabajo psíquico aparejado con él resulta tan obviamente perjudicial, que Horney cree que los pacientes mencionados, al propio tiempo de abandonar el tratamiento psicoanalítico, deben seguir en análisis, aunque sea sustituyendo el psicoanálisis del tratamiento habitual por un *autoanálisis* que no coincide del todo con los intentos fallidos de la autoobservación, dado que es un autoanálisis llevado a cabo por pacientes que ya han tenido una experiencia psicoanalítica. El autoanálisis sería útil, incluso, aunque no existiera la situación de que el paciente, por razones de dinero, de tiempo o de lugar, se viera en la necesidad de dejar la terapia: el autoanálisis puede ser una pieza útil para el psicoanálisis. Aún más, y esta es la convicción de Horney: puede ser uno de los métodos empleados por el analista para agilizar y profundizar la terapia psicoanalista habitual. Entre sesión y sesión, en efecto, el analizando está a solas consigo mismo y conviene que siga realizando su trabajo psicológico. Horney asienta, por eso, que: "aún tratándose de los que se someten a tratamiento, podría abreviarse considerablemente el proceso, si en los intervalos entre las sesiones analíticas y asimismo durante las sesiones, se les inspirara el valor necesario para trabajar en forma activa e independiente sobre sí mismos"<sup>246</sup>.

---

<sup>245</sup> Y también en aquellos en que es el analista el que, por la razón que sea, no puede continuar con un tratamiento.

<sup>246</sup> Ibid., p. 28.

Se desprende del libro de Karen Horney que existen tres clases diferenciadas de autoanálisis: a) *el llevado a cabo al margen del psicoanálisis*. Se trata de lo que he denominado en este libro el *autoanálisis espontáneo*. Su eficacia es en extremo limitada y las más de las veces engañosa<sup>247</sup>. El llamado popular a conocerse a sí mismo y el supuesto de que ello es factible, son tentativas sin una base seria. Se trata, dice Horney, de "una ilusión, una creencia motivada por un pensamiento ansioso, y una ilusión positivamente dañosa por lo mismo. Las personas que se embarcan en ese camino que se promete fácil, o bien adquieren un falso engreimiento, creyendo que saben todo lo que a ellos mismos se refiere, o se descorazonan ante el primer obstáculo serio y tienden a abandonar la búsqueda de la verdad considerándola una labor excesiva"<sup>248</sup>, b) *el autoanálisis influido por el psicoanálisis*. Se trata, a mi entender, de una variedad de autoanálisis que no deja de ser, en general, un autoanálisis superficial, pero que es más sofisticado que el anterior y en ocasiones puede calar hondo y sacar a luz deseos y represiones significativos. Horney dice: "La labor previa puede haber capacitado al paciente para la realización de autoobservaciones tan exactas, que esté más profundamente convencido que antes de la existencia de ciertas tendencias perturbadoras

---

<sup>247</sup> No niego que hay algunos individuos que tienen la capacidad -o mejor, que la adquieren después de un considerable esfuerzo- de realizar lo que podríamos llamar un autoanálisis espontáneo *profundo*. Pero son, en verdad, los menos y constituyen la excepción a la regla.

<sup>248</sup> *Ibid.*, p .15 .

y hasta puede descubrir nuevos factores en sí mismo"<sup>249</sup>. El autoanálisis realizado bajo el signo y la influencia del psicoanálisis, puede tener lugar *después* de un tratamiento psicoanalítico y puede ser el antecedente de otra terapia psicoanalítica, de acuerdo con el esquema *psicoanálisis/autoanálisis/psicoanálisis*. El análisis de Clara, al que alude Horney en su libro, presentó esa característica. "El análisis abarcó un período de cuatro años y medio. Clara fue analizada durante un año y medio. Después de esto, tuvo una interrupción de dos años. Durante cuyo transcurso la joven realizó muchos autoanálisis, volviendo luego al análisis durante otro año con intervalos irregulares"<sup>250</sup>. Según Karen Horney el autoanálisis (o muchos autoanálisis) que realizó Clara durante dos años fue verdaderamente exitoso. ¿Pot qué pudo ocurrir tal cosa? No sólo por la capacidad, valentía y perseverancia de la paciente, sino por la experiencia que había tenido, durante año y medio, de un tratamiento psicoanalítico con la propia Karen Horney. El autoanálisis llevado a cabo en estas circunstancias no era un autoanálisis superficial –un intentó de autoobservación Sin percepciones- sino un autoanálisis influido por el psicoanálisis a tal grado que pudo arrojar consecuencias positivas tanto en lo que se refiere al autoconocimiento de Clara como en lo que alude a la

---

<sup>249</sup> Ibid., p.12.

<sup>250</sup> Ibid., p. 59.

desaparición o debilitamiento de síntomas patógenos. ¿Cuál es la razón por la que, por otro lado, la paciente de Horney volvió, después de dos años de autoanálisis, a la terapia psicoanalítica? Aunque el texto de Horney no lo dice expresamente, dicha razón reside en el convencimiento de Clara y también, desde luego, de la autora de que el autoanálisis, por exitoso que sea, resulta incapaz para solucionar cabalmente ciertos problemas o trastornos neuróticos, *c) el autoanálisis asesorado por el analista*. En el caso anterior presenciamos un autoanálisis independiente (esto es, no supervisado por el psicoanalista), pero influido por la experiencia que la paciente ha tenido del tratamiento psicoanalítico. El resultado *puede ser* bueno; pero no hay garantía de que el neurótico -convertido en paciente- de sí mismo pueda llevar a buen fin su trabajo psíquico. De ahí que, al parecer, Horney vea como la forma más adecuada del autoanálisis aquella en que el paciente o la paciente trabajan "*independientemente*" bajo vigilancia del psicoanalista. El autoanálisis, entonces, se convierte en un método de enorme importancia y de insospechadas consecuencias.

Aunque Horney se halla todavía enmarcada, a mi modo de ver las cosas, en un psicoanálisis heterogestionario -prueba de ello es que no llega a considerar el *autoanálisis independiente* como la finalidad expresa y sistemática del *psicoanálisis*- *representa, sin embargo, la más enérgica lucha, surgida en el terreno psicoanalítico, en contra de la*

*heterogestión tradicional, actuante y absolutizada*. Es cierto que hace énfasis en la necesidad del rol heterogestionario del facultativo; pero también denuncia sus intromisiones y desvirtuamientos y arguye a favor del autoconocimiento llevado a cabo mediante un autoanálisis no sólo influido por el psicoanálisis, sino asesorado por el analista.

El autoanálisis es concebido por Horney como una de las técnicas que debe emplear el psicoanálisis. No creo que rebase sustancialmente el quinto método empleado por Freud - la regla básica- porque, aun reconociendo la posibilidad y la necesidad de un autoanálisis, no lo ve como el resultado de una promoción y un condicionamiento previos y sistemáticos, sino como, en algunos casos, un subproducto interesante y útil de la experiencia psicoanalítica y como, en otros, una técnica auxiliar de la situación psicoanalítica. Se podría decir que mientras Horney concibe la relación entre el *psicoanálisis* y el *autoanálisis* como simultánea -o relativamente simultánea-, el *psicoanálisis autogestionario* la considera como necesariamente *sucesiva*: primero debe tener lugar la promoción propedéutica (el *análisis mayéutico*) y después, como culminación del mismo, el *autoanálisis independiente*. La concepción de Horney es un enriquecimiento, sin duda, del quinto método o de la técnica psicoanalítica propiamente dicha; pero no una superación de él.

4. *Las aportaciones de la técnica lacaniana*. No sólo Horney puede ser caracterizada como un antecedente del

psicoanálisis basado en la autogestión terapéutica. Varias son las escuelas psicoanalítica que, *con independencia de su orientación teórica global*, se acercan a una posición autogestionaria o embrionariamente autogestionaria<sup>251</sup>. La más importante de todas estas escuelas es, a mi entender, la escuela lacaniana, la cual, sin trascender la situación psicoanalítica o, lo que tanto vale, la díada analista-analizando, no sólo se aproxima a la autogestión terapéutica plena, sino que documenta y teoriza su punto de vista con argumentos que, en medida importante, pueden y deben ser utilizados por un partidario del psicoanálisis del psicoanálisis en boga- en otro aspecto: conciben la *situación psicoanalítica* de la manera más libertaria y menos adoctrinadora posible. El lacanismo se halla en vísperas, me parece, o a un paso del psicoanálisis autogestionario. Pero quizás sea un paso que nunca dará...

5. *La propuesta que se presenta en este texto.* El psicoanálisis autogestionario retoma de Freud la "regla básica" y está plenamente de acuerdo con Horney en que el autoanálisis puede servir de técnica complementaria a los procedimientos técnicos utilizados en la *situación psicoanalítica*. Pero va más allá de esos planteamientos y

---

<sup>251</sup> Un caso relevante de esto lo ofrece la posición de Carl Rogers que defiende una terapéutica "centrada en el cliente" (client-centered) y no directiva. De ahí que diga Michel Bernard que Rogers es un terapeuta y un pedagogo "en ruptura con los excesos de un mal análisis inquisitorial y funcional, de cierto imperialismo psiquiátrico, y con los fallos de una enseñanza autoritaria e impersonal nacida de instituciones burocráticas", "Carl Rogers, el intento de ser uno mismo", en *Los grandes del inconsciente*, Ediciones Mensajero, Bilbao, 1983, p.245.

subraya, como lo he venido afirmando en este escrito, que el *autoanálisis independiente* debe ser el objetivo buscado, desde el inicio del análisis hasta su terminación, por el nuevo tipo de psicoanálisis. Todos los procedimientos empleados en el análisis - por ejemplo la libre asociación, la atención flotante, el autoanálisis asesorado, etc. -no sólo persiguen que el paciente se conozca mejor y más profundamente y que logre evitar o debilitar su sufrimiento, sino pertrechar poco a poco al analizando de la actitud afectiva (el *incentivo*) y de las herramientas teóricas (los *medios psicoanalíticos de producción*) necesarios para llevar a cabo, de manera autónoma, el *autoanálisis independiente*. La utilización de la "regla básica", por ejemplo, persigue la finalidad no sólo de "dar voz" al inconsciente y coadyuvar, así, al proceso terapéutico, sino la de capacitar al paciente en la utilización de dicha técnica -bajo la modalidad, por ejemplo, del *automatismo*- a la hora de tenérselas que ver consigo mismo sin ayuda de un tercero. Asimismo, el *autoanálisis supervisado* no es concebido por el *psicoanálisis* autogestionario. Aunque, desde el punto de vista de la técnica psicoanalítica, Lacan y sus discípulos están, a mi modo de ver las cosas, *más acá* de Horney, en un aspecto<sup>252</sup>, se hallan, sin duda, *más allá* de Horney -y de la totalidad autogestionario sólo como un procedimiento auxiliar de la terapia psicoanalítica, sino como una experiencia que prepara y posibilita la

---

<sup>252</sup> en el aspecto de no evaluar, en el mismo grado que ella, la importancia del *autoanálisis*.

función autoterapéutica del autoanálisis independiente. En fin, el tratamiento psicoanalítico llevado a cabo en y durante el análisis mayéutico no persigue única y exclusivamente la rehabilitación psíquica del paciente, sino dotar a éste de la experiencia terapéutica metapsicológica que le permita afrontar, en el momento oportuno -- momento decidido de común acuerdo entre el analista promotor y el paciente--, el autoanálisis autónomo, sin la supervisión de nadie.

Para el psicoanálisis autogestionario, no conviene disociar el autoconocimiento del autoanálisis. El autoconocimiento es la condición necesaria para el autoanálisis. De la misma manera que podemos hablar de un *autoanálisis asesorado* y un *autoanálisis independiente* y que podemos hacer ver, en la perspectiva de la autogestión psíquica, que el *autoanálisis supervisado* debe instrumentarse como preparación para el *autoanálisis autónomo*, podemos referirnos a un *autoconocimiento guiado* y un *autoconocimiento propio* y podemos subrayar, en la óptica del *psicoanálisis autogestionario*, que un *autoconocimiento guiado* no es otra cosa que la condición posibilitante del *autoconocimiento propio*, sin mediaciones y guías. El *autoconocimiento guiado* tiene ciertas ventajas, pero posee también ciertas inconveniencias. Las ventajas se derivan de la evidente supremacía del psicoanálisis - aunque sea en su versión heterogestionaria- sobre todas las formas de autoanálisis espontáneo. En relación con esto, me atrevo a pensar

que, mientras en el autoanálisis de superficie no se logra, en términos generales, ningún autoconocimiento, en el psicoanálisis tradicional sí es posible -aunque con algunas limitaciones- llevar a cabo un proceso cognoscitivo. Las inconveniencias que trae consigo el psicoanálisis heterogestionario estriban en el hecho de que es una terapia que, al presuponer y no cuestionar a fondo la inmadurez del analizando (o, lo que es igual, su incapacidad *infantil* para reapropiarse de su enfermedad y para convertirse en *pacientede-sí-mismo*), restringe el autoconocimiento a lo que es actualmente el neurótico y no a lo que *puede ser*, a sus características de paciente-ayudado-por... y no a sus potencialidades de autonomía, independencia y crecimiento.

Para terminar con este capítulo, me gustaría hacer notar que la propuesta fundamentada en el presente libro (un *psicoanálisis desembarazado de la heterogestión*) quizás pueda provocar en sus lectores psicoanalistas, como ya dije, las siguientes reacciones:

- a) que se trata de una tesis en la que se asevera algo que es obvio y que está supuesto por todo psicoanálisis: que el *ideal* de la terapia es que el individuo pueda resolver sus problemas y trastornos psíquicos por sí mismo;
- b) que, pese a lo que se afirma en este texto, en la mónada autoanalítica no hay transferencia, y, por no haberla, no

existe la posibilidad de llevar a cabo un trabajo terapéutico profundo que vaya tras de las huellas mnémicas, los traumas infantiles o el origen etiológico de los síntomas patógenos;

- c) que el llamado *psicoanálisis autogestionario* no advierte que, sin ayuda, sin la supervisión de un hombre de ciencia, no le es posible al analizando trascender las resistencias o la censura que es "el poder judicial del superyó"<sup>253</sup>.

No me propongo llevar a cabo en este sitio una defensa minuciosa y profunda de mi libro frente a las posibles reacciones que despierte, en el entendido de que en él se han externado los suficientes argumentos par responder a sus probables críticos; pero sí quiero dejar en claro que, en lo que alude a la primera observación, el hecho de no haberse formulado la *finalidad* expresa del psicoanálisis en el sentido en que se hace en estas páginas, no es un accidente. Es posible/ ue un número determinado de analistas tengas como *ideal* de la terapia el autoanálisis o la autogestión terapéutica; pero la corriente psicoanalítica en su conjunto, con inclusión de sus múltiples ramificaciones, no sólo no se pronuncia a favor de tal perspectiva, sino que tiene todo un aparato teórico justificatorio de su postura

---

<sup>253</sup> David Sttaford-Clark, *Psiquiatría moderna*, Ediciones Hormé, S.A.E., Editorial Paidos, B.Aires, 1968, p.245.

heteroquestionaria y dirigista. Sí deseo esclarecer, por otro lado, que los argumentos en contra del autoanálisis porque supuestamente en él no existe la transferencia, no toman en cuenta el hecho de que la *mónada radical* es imposible: no existe nada semejante a un individuo homogéneo y unitario que se lanza en busca de la terapia... *No sólo hay contradicción en la díada, sino también en la mónada.* El autoanálisis sería en verdad imposible, si en el individuo no hubiera desdoblamientos (por ejemplo entre el yo del incentivo y el yo del trastorno) . Sí quiero aclarar, por último, que, en lo que se refiere a la tercera observación crítica, el individuo puede trascender por sí mismo las resistencias si y sólo si está capacitado, tanto emocional como intelectualmente, para hacerlo. Pero no existe ningún argumento de peso para suponer que un individuo armado del incentivo y la valentía indispensables para luchar por su salud, y de las herramientas necesarias que exige tal empresa, no pueda vencer las resistencias, siempre y cuando tenga como dice Horney, "una despiadada sinceridad consigo mismo"<sup>254</sup>.

De ahí que una redefinición del *psicoanálisis autogestionario* podría ser: un psicoanálisis que se propone fortalecer y "llevar al poder" en el aparato psíquico al *yo demandante de salud* -debidamente equipado por el *incentivo*- y a su

---

<sup>254</sup>Karen Horney, *El autoanálisis*, op. cit.,p.22.

capacidad de poner a raya a todo intento de restitución de un estado patológico.

## INDICE

CAPITULO I: HACIA UN AUTOANALISIS PROFUNDO.....	7
CAPITULO II: EL INFANTILISMO DE LA DEPENDENCIA.....	61
CAPITULO III: LA GESTION DE LA AUTOGESTION.....	100
CAPITULO IV: ¿CÓMO ACCEDER A UN AUTOANALISIS INDEPENDIENTE?.....	176
CAPITULO V: DEL PSICOANÁLISIS AL AUTOANALISIS...	216