

El Psicoanálisis

Por HONORIO F. DELGADO

Interno del Hospicio de Insanos

(Continúa de la pág. 99 del N° 4)

CAPITULO III.

“**S**ALVAR el pasado y transformar en *lo que debe ser todo lo que era*: esto es lo único que se puede llamar redención» (1). Estas palabras del más profundo psicólogo, sintetizan admirablemente el espíritu del psicoanálisis como método terapéutico. El análisis del paciente tiene por objeto convertir su actitud psíquica actual—resultante de una constitución y de problemas del pasado, manifestados como síntomas,—en una actitud psíquica que armonice con sus condiciones reales de existencia.

La psicoterapia freudiana, que desarraiga las formaciones morbosas, es radicalmente diferente de los otros métodos psicoterápicos basados en la sugestión, pues éstos, por el contrario, no hacen otra cosa que recubrir tales formaciones, enterrándolas aún más: la una expulsa al huésped patógeno, las otras le obligan a ocultarse. La psicoterapia tradicional se basa en la acción de la conciencia sobre la subconsciencia, la psicoanalítica en la de la subconsciencia sobre la conciencia. Sin embargo, como veremos, la sugestión depende de la relación afectiva que se establece entre el médico y el paciente, la cual tiene también lugar durante la cura analítica, y en cierto modo es un obstáculo para la buena realización final de ésta.

(1) NIETZSCHE, *Also Sprach Zarathustra*, Leipzig, p. 123.

Tratándose de la técnica psicoanalítica, se requiere especial preparación de parte del médico y determinadas condiciones de la del paciente y del estado de su mal. En primer lugar, el psicoanalista, que debe tener como base una elevada cultura general y una gran instrucción en psicología, está obligado a conocer a fondo las obras maestras de la literatura psicoanalítica, por lo menos las de FREUD. Obligado también está a sacar provecho de las enseñanzas de los grandes psicognostas y caracterologistas que en todo tiempo han estudiado el alma humana y han penetrado la naturaleza del individuo. Necesita, asimismo, no ignorar la psicología infantil y la étnica, las mitologías, las religiones, los sistemas metafísicos; pues las formaciones psicopatológicas, como los sueños, corresponden a un procedimiento mental primitivo, y se explica, porque la subconsciencia conserva las huellas de edades pretéritas; su organización está retroadaptada en más de algunos milenios. Del lado práctico, el médico deberá tener cuidadosamente adiestrada la perspicacia de psicólogo. La educación ética requerida no es menos amplia y profunda que la intelectual: el analista debe tener una personalidad moral purísima y una conducta que haga imposible toda sospecha.

Para ejercer el psicoanálisis con provecho y sin peligro, es *conditio sine qua non* el análisis previo de la mentalidad del analista, sea por otro especialista experimentado, sea por sí mismo, lo cual resulta tarea muy larga y penosa—de ello damos fe—, pero que tiene la ventaja de que familiariza al aprendiz con las formas de expresión de la subconsciencia y lo entrena en el arte de descifrar los símbolos, lo cual es indispensable. La labor es en este caso la interpretación de los ensueños y el estudio de la genealogía y encadenamiento causal de aquellos actos psicopatológicos que nunca faltan en el estado normal, con los acontecimientos del pasado personal. Γνωθὶ σαυτὸν —inscripción que estuvo en su lugar al ser colocada en el templo de Delfos, ya que Apolo era considerado también como dios de la medicina— *Conócete a ti mismo* es el imperativo categórico que la nueva Psiquiatría impone al médico.

El autoanálisis debe ser completo, debe llegar a la autognosis más acabada, pues de lo contrario, los análisis que haga a los enfermos serán también incompletos, erróneos y, por ende, infructuosos: el psicoanalista debe haber buceado todos los rincones de su subconsciencia, para no ignorar ninguno de sus complejos, pues cada represión no disuelta en el médico, corresponde, conforme a la feliz expresión de W. STEKEL, a un *punto ciego* en su percepción analítica» (1).

(1) FREUD, *Ratschlag*, «Zentralblatt für Psychoanalyse», II, 1911, p. 487.

De parte del enfermo se requiere alguna cultura intelectual, un carácter educable, que, por lo demás, no es posible sino en personas no muy maduras. Sus condiciones morales deben ser tales que permitan vencer, si la posee, esa «mezcla de lascivia y gazonería» (1), tan corriente en las gentes, ante la cuestión sexual.

La enfermedad (psicogenética o funcional) debe ser de una gravedad tal que no haya cedido a otros medios terapéuticos y que obligue al sacrificio del candor, si se trata de una mujer. Los primeros enfermos curados por FREUD fueron todos graves, que pasaron algunos años en los asilos. «El método psicoanalítico—dice el ilustre maestro—fué creado para pacientes que estaban permanentemente incapacitados, y su triunfo, haber capacitado para siempre un número satisfactorio de ellos». (2) Se comprende, por otra parte, que es condición necesaria de la enfermedad a tratar, que no comprometa las funciones mentales necesarias para la acción psicoterápica: los períodos de remisión son por eso los momentos más oportunos para la intervención analítica. Hay, además, indicaciones para la práctica que no es necesario enumerarlas, pues son cosa de sentido común.

Sacar de la subconsciencia los complejos cuya energía afectiva estancada es causa de los síntomas, y con ello anular el conflicto creado entre estos complejos y la represión: tal es la labor del analista, la cual acarrea la curación, pues es patógena la afectividad de los complejos sólo porque es reprimida: una vez llevada a la conciencia, si no se anula por su enunciación, se emplea, gracias al proceso de sublimación, a fines éticamente elevados. El problema técnico es descubrir los complejos, pues ese hecho por sí basta para producir la curación, llevando la armonía a todos los componentes del psiquismo: *sublata causa, tollitur effectus*. Para llegar a la autognosis salvadora, hay que burlar la vigilancia de la censura, o vencer su resistencia, y, a través de sus disimulos, coger la realidad profunda de las manifestaciones mentales en que interviene la subconsciencia. Para alcanzar esto tenemos tres vías: a) el análisis de las evocaciones del paciente, b) la interpretación de los sueños, y c) las asociaciones experimentales. Siendo de advertir que facilita grandemente la dirección de la exploración mental, por cualquiera de estas tres vías, la aplicación de la hipótesis de la situación llamada de Edipo, ya que— como escribe SMITH ELY JELLIFFE—«es la sola unidad que ha probado su validez para todos

(1) FREUD, *On Psychotherapy*, «Selected Papers», p. 184.

(2) FREUD, *Idem* p. 180.

los fenómenos psíquicos, sean normales o anormales, según el *distingo de los intelectualistas* (1).

a) *El análisis de las evocaciones del enfermo*, que es un examen catamnético, se comienza después de haber hecho una anamnesis minuciosa, y de haber preparado convenientemente al sujeto, iniciándole con discreción en la naturaleza del método. Se coloca al enfermo en las mejores condiciones para evitar que su atención se distraiga y se le ruega que la concentre en el origen de su mal o de un síntoma determinado, si tiene varios, y que diga sin reparo todo lo que le venga a la memoria, por más absurdo, inútil o repugnante que le parezca: este es el *método de asociaciones libres*. Con él se consigue que la subconsciencia dé la clave del simbolismo de los síntomas; pues el médico podrá determinar las amnesias del enfermo, e insistiendo, conseguirá vencer las resistencias y tomar conocimiento del origen de las reminiscencias morbosas a través de la larga serie de asociaciones. Al principio, aunque «el paciente está lleno de sus síntomas» (2), según la plástica expresión de OSKAR PFISTER, se consigue pocos datos útiles; pero después, cuando toma interés en la exégesis que va haciendo con toda prudencia el psicoanalista, la tarea se facilita. «Si le comunica y explica el conocimiento del maravilloso mundo de los procesos psíquicos, el cual sólo hemos conquistado por medio de tal análisis, obtenemos así su colaboración, le excitamos a verse a sí mismo con el interés objetivo del investigador, y de este modo rechaza la resistencia, la cual descansa sobre una base afectiva» (3).

El material patógeno se halla como infiltrado en la mente y, puesto que rara vez está constituido por un simple complejo, la tarea terapéutica es ir sacando al campo visual de la psiquis consciente del paciente, siguiendo el hilo de las asociaciones, todas las aventuras que en el pasado fueron reprimidas, con sus menores detalles, pues la más insignificante partícula que quede oculta, significa una dosis de *emoción estrangulada*, que necesita expulsarse por ser el nervio de los síntomas. El médico se da cuenta de cuándo el enfermo se halla en presencia de los núcleos del material reprimido, porque entonces la resistencia es mayor y se traduce por detención del relato, por disgusto para seguir adelan-

(1) JELLIFFE, *The Oedipus Hypothesis*, «The Psychoanalytic Review», II, 3, 1915, p. 292.

(2) PFISTER, *Psychoanalytic Method*, New York, 1917, p. 430.

(3) FREUD, *The Psychotherapy of Hysteria*, «Selected Papers», p. 100.

te, por información insuficiente o imprecisa, etc., o por la reaparición del síntoma o su intensificación. «Ahora dirigimos nuestra obra, dice FREUD, directamente al descubrimiento y al dominio de las resistencias, justamente confiando en que los complejos fácilmente se rinden con el reconocimiento y la derrota de las resistencias» (1). Las conquistas de material patógeno hechas durante el análisis, se manifiestan por la sensación de alivio, de liberación próxima, que experimenta el enfermo; de la misma manera, cuando el analista sigue una ruta falsa, que sólo estimula la represión, entonces, en vez de sensación de alivio, el enfermo siente malestar. Pero la experiencia enseña que esos son estados transitorios. Se conoce cuando se llega al fin de la tarea analítica, por el vencimiento completo de las resistencias, lo cual se ostenta con la desaparición de los síntomas.

b) Otro de los medios para descubrir los complejos responsables del cuadro mórbido y de la historia psicopatológica es, como hemos dicho, *la onirocricia*, pues durante el sueño se relaja la vigilancia de la censura y, por consiguiente, el contenido de la subconsciencia hace irrupción en la esfera de la conciencia, bajo la forma disimulada de los símbolos, cuyo desciframiento es precisamente el problema que debe resolver el analista. Este es indiscutiblemente el mejor de los métodos, pues hay que habérselas con productos que han sufrido mucho menor resistencia que los obtenidos directamente durante la vigilia; por eso dice FREUD que «la interpretación de los ensueños es la *via regia* para el conocimiento de la subconsciencia en la vida psíquica» (2).

No se crea que porque la severidad de la censura decae durante el sueño, en los productos que pasan a través de su filtro, en ese estado, pueda descubrirse fácilmente el contenido patógeno. Al contrario, ardua es la labor de desentrañar las ideas latentes del contenido manifiesto; pues, aunque en principio «entonces uno prosigue el mismo método clasificando el contenido subconsciente como el que es usado en todas partes al comparar materiales con el propósito de sacar una conclusión de ellos» (3), aunque en principio sea así tan sencillo, decíamos, al tener que

(1) FREUD, *The Future Chances of Psychoanalytic Therapy*, «Selected Papers», p. 209.

(2) FREUD, *The Interpretation of Dreams*, 3a. Ed., London, New York, 1916, p. 488.

(3) JUNG, *Psychoanalists*, «The Psychoanalytic Review», II, 3, 1915, p. 249.

evaluar prácticamente la acción de la condensación, de la dramatización, del desplazamiento, en una palabra, en el momento de precisar el resultado de la transmutación de los valores psíquicos realizada por la labor del ensueño, entonces es cuando se sienten las dificultades de la técnica psicoanalítica.

El psicoanalista debe informarse primeramente de la historia del paciente, y de todas las ideas que se pueda conseguir; después, establecer el nexo que hay entre las manifestaciones psicopatológicas y las ideas latentes de los sueños; y, por último, tratar estas ideas como los síntomas mismos, es decir, hacer admitir por la conciencia del enfermo el significado real de esas ideas reprimidas, el recuerdo patógeno con que se relacionan, el deseo no satisfecho que encarnan: con eso queda hecha prácticamente la curación.

La práctica del análisis de los sueños se hace descomponiendo el relato que aporta el enfermo—a quien se recomendará que lo haga por escrito en el mismo momento en que despierta, para evitar la elaboración secundaria, cuando no el olvido,—descomponiendo el relato en sus partes elementales, y con cada una de éstas se hace que el paciente exprese todas las ideas que le despierta, formándose así cadenas de asociaciones libres, que conducen hasta la causa profunda y tal vez remota del mal, hasta los complejos reprimidos. Naturalmente que se choca con las mismas dificultades que en el simple método de asociaciones libres, pero aquí el analista lleva la ventaja de conocer la clave del simbolismo, lo que abrevia bastante la tarea.

c) El tercer modo de obrar para sonsacar lo ocultado en la subconsciencia, es el uso del *test* de asociación, que generalmente se practica juntamente con los otros métodos, antes señalados, pues en muchos casos ninguno de ellos basta por sí solo a las necesidades y dificultades del análisis. El *modus operandi* de que ahora nos ocupamos, permite darse cuenta, con poco trabajo, de las tendencias más importantes del sujeto en examen.

La técnica psicométrica, que, a servicio de otros principios doctrinales, mereciera el epíteto despectivo de «trivialidades experimentales», en manos de JUNG ha resultado un instrumento poderoso de investigación psiquiátricolínica, al que ha llamado su autor método de *experimentos de asociación* (Associationexperiment). El procedimiento se basa en la reacción emocional—acom-

pañada de manifestaciones tangibles y susceptibles de medida— que suscita cada palabra en cada individuo, variable según los componentes ideoaffectivos de su personalidad, dado que, de una parte, «las palabras representan realmente acciones, situaciones y cosas condensadas», y, de otra, que «los experimentos de asociación no pueden traficar separadamente con una función psíquica, pues un acontecimiento psíquico particular no es nunca una cosa en sí misma, sino que es siempre la resultante del pasado psicológico íntegro» (1).

La sencilla técnica de los experimentos de asociación es esencialmente objetiva, pues excluye la ecuación personal del médico, y segura, porque la resistencia misma de la represión es el signo delator de los complejos. Consiste en decir al enfermo una serie de palabras, de una en una, suplicándole que responda, sin pérdida de tiempo, con la primera palabra que se le ocurra, y anotar las respuestas, el tiempo que demoran y las particularidades con que se realizan. Se emplea cien palabras—palabras-estímulo—convenientemente escogidas, de suerte que correspondan a los complejos más frecuentes, y que sus valores fonéticos no influyan perturbando el resultado, y se mide el tiempo de reacción en quintos de segundo.

La dilatación—relativa al término medio individual (el término medio general es de $\frac{1}{3}$ de segundo)— del tiempo de reacción es el signo principal de que se ha tocado con un complejo. Esta dilatación se puede prolongar, de modo decreciente, en las reacciones que siguen inmediatamente, lo cual constituye otro dato apreciable. Después vienen, como indicadores subalternos: la falta de la palabra-reacción, la no reproducción de la misma palabra-reacción cuando se repite el experimento con la misma palabra-estímulo, la repetición de la palabra-estímulo como reacción, la repetición de la misma palabra-reacción como respuestas a diversas palabras-estímulo, la respuesta con más de una palabra, etc.

El método en cuestión, que en la investigación psicológica ha confirmado las doctrinas freudianas, presta muy valiosos servicios en caso de pacientes reacios a mantener las largas conversaciones necesarias para establecer las cadenas de asociaciones libres. Cuando tales pacientes han palpado los frutos de la exploración por las asociaciones experimentales, que no les pareciera en un principio comprometedor, entonces creen en la eficacia del

(1) JUNG, *The Association Method*, «Collected Papers», p. 99-100.

psicoanálisis, y, adquiriendo confianza en el que lo ejerce, se someten a todas las exigencias de su técnica.

La resistencia no es el único escollo en la cura analítica. Hay otro no menos inevitable: si aquél es el Caribdis de la práctica psicoanalítica, la *transferencia* es su Escila. Esta consiste en la propensión que tiene el enfermo, cuando comienzan a descubrirse los complejos, a encarnar en el médico algún personaje al cual estuvo adherido psicosexualmente en la infancia: es la actualización de reminiscencias que se cristalizan, si se nos permite la metáfora, en la persona del médico. Gracias a este expediente, realizado a base de alguna similitud más o menos remota, como son las de la lógica (?) subconsciente, las reliquias del libido infantil que forman el esqueleto de los complejos morbosos, luchan por persistir en el último reducto que les queda. FERENCZI, que ha estudiado concienzudamente este proceso, expresa su esencia en términos de química oportunamente aplicados: «Los impulsos que han sido reprimidos—dice—, y llegan a hacerse conscientes (por el tratamiento psicoanalítico), con lo primero que se encuentran *in statu nascendi* es con la persona del médico y tratan de encadenar (saturar) con su personalidad sus valencias insatisfechas (libres)» (1).

La transferencia, que casi siempre se manifiesta por sentimientos de simpatía, puede en algunos casos, generalmente por la conducta del analista, convertirse en la tendencia opuesta, con sentimiento de repulsión u odio: la primera forma es de *transferencia positiva*, la otra es de *transferencia negativa*. Puede suceder también que en el campo de la conciencia sea positiva, siendo negativa subliminalmente. Como quiera que la transferencia, en su virtualidad psicológica, es un lazo amoroso, en sus manifestaciones han de expresarse los sentimientos satélites de Eros, como los celos y el afán de penetrar los secretos del objeto de la pasión: sucede que, en realidad, a veces, tales sentimientos se manifiestan por aversión a otros clientes del psicoanalista o por abandono a éste, y, de otro lado, por el prurito de inquirir detalles de la vida íntima y explorar el corazón del médico.

La transferencia, que debe procurarse que no deje de ser positiva, captándose la simpatía del enfermo, es la condición necesaria para el éxito del psicoanálisis, pues los componentes libidino-

(1) FERENCZI, *Introjection and Transference*, «Contributions», p. 33.—Lo agregado entre paréntesis ha sido hecho por nosotros, con el fin de poner mayor claridad.

sos que fomentan a los síntomas mórbidos, «solamente pueden ser disueltos y barridos afuera por un nuevo flujo de la misma pasión» (1). Lo conveniente es que la transferencia no sea más que un estado transitorio, que se anule totalmente al terminar la cura, no quedando entre paciente y médico más relación que la que armoniza con el sentido de la realidad. De otro modo resultaría que sólo se ha dado un paso en el tratamiento, y no precisamente el que da su sello particular al método psicoanalítico, el verdaderamente emancipador, por el que se desembaraza íntegramente al enfermo de todas sus fijaciones o regresiones del libido.

Después de lo que acabamos de decir, es oportuno recordar que, siendo en el tratamiento analítico un incidente transitorio la transferencia, es relación permanente y única en los demás géneros de psicoterapia. «La aplicación de la sugestión y del hipnotismo—dice FERENCZI—consiste en el establecimiento deliberado de condiciones bajo las cuales las tendencias a la creencia ciega y a la obediencia falta de crítica, presente en todo individuo, pero usualmente mantenida en represión por la censura (residuos del erotismo infantil amoroso y temeroso de los padres), puede ser inconscientemente transferida a la persona del hipnotizador o sugestionador» (2).

La duración del tratamiento requiere en general bastante tiempo, pero la verdad es que los resultados son tan halagadores que justifican la duración. El profesor JAMES J. PUTNAM, de la Universidad de Harvard, cuya autoridad en la práctica de la terapéutica psiquiátrica clásica es universalmente reconocida, en su trabajo intitulado: *Experiencia personal del método Psicoanalítico de Freud*, afirma categóricamente «que ningún otro tratamiento obtiene tanto en tan corto tiempo» (3).

Naturalmente que la duración depende de la naturaleza del mal, de la constitución psicológica del sujeto, y de la habilidad e interés del analista. No son raros, por consiguiente, los casos de curación instantánea; es así que WILLIAM A. WHITE curó con una simple charla analítica un caso de parálisis histérica de un miembro, que el enfermo solicitaba le amputasen: se puso de manifiesto

(1) FREUD, *Der Wahn und die Traume in W. Jensen's Gradiva*, 1910. p. 78. (PRISTER, *The Psychoanalytic Method*, p. 471.)

(2) FERENCZI, *Introjection and Transference*, «Contributions», p. 78-9.

(3) PUTNAM, «Zentrablatt Fur Psychoanalyse und Psychotherapie», I, p. 535. (PRISTER, *The Psychoanalytic Method*, p. 508.)

que «el miembro paralizado era un símbolo de la masturbación».

(1) Casos como éste son frecuentísimos. No son tampoco excepcionales aquellos que requieren hasta más de dos años de psicoterapia: esto sólo acontece con la psicosis graves. El termino medio de duración del tratamiento, para obtener por lo menos notable alivio, en las neurosis de mediana gravedad, es de doce semanas. Las sesiones deben ser frecuentes y prolongadas (si es posible de una hora).

Se ha hablado de los *peligros del psicoanálisis*, sobre todo por los que no lo han practicado (2); habiéndose llegado a imputarle algún suicidio. Las muy largas estadísticas de los psicoanalistas bien preparados no registran tales casos; por lo demás, bien puede suceder que el paciente se suicide durante el tratamiento psicoanalítico, como pasa en el curso de cualquier otro régimen; pero esa ocurrencia no implica que el psicoanálisis sea la causa.

Lo cierto es que el psicoanálisis, empleado en los casos curables en que fracasan los otros métodos, y practicado con corrección y prudencia, sólo da buenos resultados. Empleado groseramente, revelando *ex abrupto* el conflicto sexual, y recetando sin escrúpulo *coitus normalis*, en vez de sublimar el libido, es evidente que se puede causar daño; pero la verdad es que aun esta foma *salvaje* del psicoanálisis es por lo general provechosa a la larga. «La experiencia me enseña—dice FREUD—que a menudo este rudo procedimiento, aun habiendo causado al principio una agravación de los síntomas, ha terminado, sin embargo, realizando la curación» (3).

En cuanto a los *resultados de la terapéutica psicoanalítica*, pese a sus detractores, es el método que cuenta los más grandes y valiosos éxitos. Para que no se nos tache de parciales, citaremos solamente la opinión de un práctico que acogió el psicoanálisis con harta desconfianza y hasta con cierta repugnancia. Dice así el

(1) WHITE, *Psychanalyse and the Practice of Medicine*, «The Journal of American Medical Association», LXVIII, 22, 1917, p. 1595.

(2) Un conocido neurólogo español ha dicho: «En cuanto al psicoanálisis como método terapéutico, debe radicalmente desecharse por ser, no sólo inútil, sino además perjudicial». —Es de advertir que este neurólogo cree que en la cura entra «la invitación al libertinaje» (sic)—FERNANDEZ SANZ, *El Psicoanálisis*, «Los progresos de la Clínica», II, 17, 1914, p. 280.

(3) FREUD, *Concerning «Wild» Psychoanalysis*, «Selected Papers», p. 206.

psiquiatra sueco POUL BJERRE, a quien aludimos: «A veces me han manifestado los pacientes que después del tratamiento psicoanalítico se han sentido más sanos que nunca lo estuvieron antes de él. Pero en la mayor parte de los casos (de enfermedades desde la infancia y con un sistema nervioso falto del poder para soportar todo lo que se ha acumulado sobre ellos en el curso de dos años) solamente han obtenido un alivio, pero de tal importancia que les ha permitido recobrar las facultades para trabajar, aunque hayan quedado los sufrimientos. No obstante, podemos ya afirmar que por el análisis se curan enfermedades que antes se consideraban sin esperanza. Yo mismo, por ejemplo, he publicado la descripción de un caso en el cual un sistema paranoico de persecución, consolidado durante diez años, fué enteramente destruido, y del que no han aparecido ni trazas de recurrencia durante los seis años que hasta el presente han transcurrido desde la conclusión del tratamiento». (1)

En general, el psicoanálisis ofrece la técnica más segura para la curación de perturbaciones mentales psicogénicas. La histeria, las obsesiones y fobias, la neurastenia, las neurosis de angustia, son las enfermedades en cuyo tratamiento casi siempre triunfa la nueva disciplina. Algunas psicosis, como la maniacodepresiva, la paranoia y la demencia precoz (particularmente la forma catatónica), benefician también, pero el porcentaje de curaciones definitivas es moderado, sobre todo en la paranoia. Es muy apreciable el número de psicópatas que quedan aptos, desde el punto de vista de la utilidad social, después del tratamiento analítico.

(Continuará)



(1) BJERRE, *The History and Practice of Psychoanalysis*, Boston, 1916, p. 118.