

Consejos al médico sobre
el tratamiento psicoanalítico
(1912)

FOTOCOPIADORA
(25) OREHOE
Teoria Psicoanalitica
Folio 86 S/F 1
D/F 3

25--85

Nota introductoria

«Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung»

Ediciones en alemán

- 1912 *Zbl. Psychoanal.*, 2, nº 9, págs. 483-9.
1918 *SKSN*, 4, págs. 399-411. (1922, 2ª ed.)
1924 *Technik und Metapsychol.*, págs. 64-75.
1925 *GS*, 6, págs. 64-75.
1931 *Neurosenlehre und Technik*, págs. 340-51.
1943 *GW*, 8, págs. 376-87.
1975 *SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), págs. 169-79.

Traducciones en castellano*

- 1930 «Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico». *BN* (17 vols.), 14, págs. 129-40. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, 14, págs. 133-44. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), 2, págs. 326-31. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, 14, págs. 104-12. El mismo traductor.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), 2, págs. 418-23. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), 5, págs. 1654-60. El mismo traductor.

La primera publicación de este trabajo data de junio de 1912.

James Strachey

* (Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, págs. xv y n.º 6.)

He decantado las reglas técnicas que propongo aquí de mi experiencia de años, tras desistir, por propio escarmiento, de otros caminos. Con facilidad se echará de ver que todas ellas, o al menos buen número, se resumen en un solo precepto. [Cf. pág. 115.] Espero que tomarlas en cuenta ahorre muchos gastos inútiles a los médicos que practican el análisis, y los salve de incurrir en muchas omisiones. Pero estoy obligado a decir expresamente que esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar.

a. La tarea inmediata a que se ve enfrentado el analista que trata más de un enfermo por día le parecerá, sin duda, la más difícil. Consiste en guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura, y en no confundirlos con un material parecido oriundo de otros pacientes analizados antes o al mismo tiempo. Y si se está obligado a analizar por día seis, ocho enfermos o aun más, la hazaña mnémica que lograría supone despertará en los extraños incredulidad, asombro y hasta commiseración. En todo caso se tendrá curiosidad por conocer la técnica que permite dominar semejante plétora, y se esperará que se sirva de unos particulares recursos auxiliares.

Sin embargo, esa técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aun el tomar apuntes, según luego veremos, y 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 ja he bautizado.¹ De esta manera uno se ahorra un esfuerzo de

¹ [Alude quizás a una frase del historial del pequeño Hans (1909b), AE, 10, pág. 21, si bien allí la formulación es algo diferente: «prestar atención pareja a todo cuanto hay para observar». Tal como figura en el presente trabajo, la frase reaparece en «Dos artículos de enciclopedias» (1925a), AE, 18, pág. 235.]

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 también a escoger entre el material ofrecido; uno fija (*fixieren*) un fragmento con particular 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.

Como se ve, el precepto de fijarse en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado, a saber: que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previas. Si el médico se comporta de otro modo, aniquila en buena parte la ganancia que brinda la obediencia del paciente a esta «regla fundamental del psicoanálisis».² La regla, para el médico, se puede formular así: «Uno debe alejar cualquier injerencia conciente sobre su capacidad de fijarse, y abandonar por entero a sus "memorias inconcientes"»; o, expresado esto en términos puramente técnicos: «Uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo».

Lo que uno cosecha de esta manera llena todos los requisitos en el curso del tratamiento. Los elementos del material que ya se ensamblian en un nexo quedarán a la disposición conciente del médico; lo otro, lo todavía incoherente, lo que brota en caótico desorden, parece naufragado al comienzo, pero reafiora con presteza en la memoria tan pronto como el analizado presenta algo nuevo a lo cual referirlo y a través de lo cual se lo pueda continuar. Y entonces uno recibe del analizado, con una sonrisa, el inmerecido halago de tener una «memoria particularmente buena» cuando, pasado mucho tiempo, reproduce un detalle que probablemente habría escapado al propósito conciente de fijarlo en la memoria.

En este recordar, sólo ocurren errores en tiempos y en lugares donde uno es perturbado por haberse envuelto uno mismo (véase más adelante [pág. 115]), y, por tanto, quedó enojosamente a la zaga del ideal del analista. Confusiones con el material de otros pacientes son harto raras. En una eventual discusión con el analizado sobre si él ha dicho

² [Cf. «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912b), *supra*, págs. 104-5 y n. 11.]

cierta cosa y cómo, las más de las veces se averigua que es el médico quien tiene razón.³

b. No puedo recomendar que en el curso de las sesiones con el analizado se tomen notas algo extensas, se redacten protocolos, etc. Prescindiendo de la desfavorable impresión que ello provoca en muchos pacientes, valen para desaconsejarlo los mismos puntos de vista que consideramos a raíz del fijarse.⁴ Mientras uno toma apuntes o traza signos taquígráficos, forzosamente practica una dañina selección en el material, y así liga un fragmento de su propia actividad espiritual que hallaría mejor empleo en la interpretación de lo escuchado. Sin embargo, no cabe objetar que se hagan algunas excepciones a esta regla para fechas, textos de sueños o ciertos resultados dignos de nota que puedan desprenderse con facilidad del contexto y se presten para utilizarlos como ejemplos autónomos.⁵ Pero yo no suelo hacer esto tampoco. A los ejemplos los registro por escrito de memoria al anochecer, después de terminado el trabajo; en cuanto a los textos de sueños que me interesan, hago que los pacientes mismos los fijen (por escrito) tras relatar el sueño.

c. Tomar notas durante la sesión con el paciente se podría justificar por el designio de convertir al caso tratado en tema de una publicación científica. En principio, no se lo podría prohibir. No obstante, se debe tener en cuenta que unos protocolos exactos en un historial clínico analítico rinden menos que lo que se esperaría de ellos. En rigor, se alinean con esa pseudo exactitud de la que, tantos ejemplos llamativos nos ofrece la psiquiatría «moderna». Por lo general, son fatigosos para el lector y no consiguen sustituirle su presencia en el análisis. Tenemos hecha la cabal experiencia de que si el lector quiere dar crédito al analista, se lo concederá incluso al poquito de elaboración que haya empen-

³ El analizado afirma a menudo haber hecho ya antes cierta comunicación, mientras que uno puede asegurar, con calma superioridad, que es la primera vez que la produce. Después se averigua que esa vez anterior el analizado tuvo la intención de hacer esa comunicación, pero fue impedido de llevarla a cabo por una resistencia que todavía subsiste. El recuerdo de esa intención es para él inseparable del recuerdo de haberla llevado a cabo. [No pasó mucho tiempo antes de que Freud se explotara sobre este punto, en «Acerca del *fausse reconnaissance* ("deja raconté") en el curso del trabajo psicoanalítico» (1914a), AE, 12, pág. 207.]

⁴ [Una advertencia análoga está contenida en una nota a pie de página agregada por Freud al historial clínico del «Hombre de las Ra-
tas» (1909d), AE, 10, pág. 128.]

⁵ [Presumiblemente con fines de divulgación científica.]

dido en su material; pero si no quiere tomar en serio ni el análisis ni al analista, desdenará también unos protocolos fíeles del tratamiento. No parece el camino para remediar la falta de evidencia que se descubre en las exposiciones psicoanalíticas.

d. La coincidencia de investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último. Sin embargo, la técnica que sirve al segundo se contraponen hasta cierto punto a la de la primera. Mientras el tratamiento de un caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colgar su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico. El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de este; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abotándose los cada vez con ingenuidad y sin premisas. Para el analista, la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psicológica a la otra al compás de sus necesidades; en no especular ni cavilar mientras analiza, y en someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar sólo después de concluido el análisis. Sería irrelevante distinguir entre ambas actitudes si ya poseyéramos todos los conocimientos, o al menos los esenciales, que el trabajo psicoanalítico es capaz de brindar nos sobre la psicología de lo inconciente y sobre la estructura de las neurosis. Hoy estamos muy lejos de esa meta y no debemos cerrarnos los caminos que nos permitirían re-examinar lo ya discernido y hallar ahí algo nuevo.

e. No sé cómo encarecería bastante a mis colegas que en el tratamiento psicoanalítico tomen por modelo al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte. Para el psicoanalista, en las circunstancias hoy reinantes, hay una tendencia afectiva peligrosísima: la ambición de obtener, con su nuevo y tan atacado instrumento, un logro convincente para los demás. Así no sólo se sitúa el mismo en una disposición de ánimo desfavorable para el trabajo, sino que se expone indefenso a ciertas resistencias del paciente, juego de fuerzas del cual la curación depende en primer lugar. Aquella frialdad de sentimiento que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico,

el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle. Un viejo cirujano había abrazado esta divisa: «*Je le pansai, Dieu le guérit*». *⁶ El analista debe darse por satisfecho con algo parecido.

f. Es fácil colegir la meta a la cual convergen estas reglas que hemos presentado separadas. Todas ellas pretenden crear el correspondiente, para el médico, de la «regla analítica fundamental» instituida para el analizado. Así como este debe comunicar todo cuanto arrape en su observación de sí arrajando las objeciones lógicas y afectivas que querrían moverlo a seleccionar, de igual modo el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconciente escondido, todo cuanto se le comuniqué, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconciente emisor del enfermo su propio inconciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono. De la misma manera en que el receptor vuelve a mudar en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas de la línea incitadas por ondas sonoras, lo inconciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconciente, esto inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo.

Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención conciente. Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprender lo que el analizado le ofrece. No se puede dudar razonablemente del efecto descalificador de tales fallas propias; es que cualquier representación no solucionada en el médico corresponde, según una cetera expresión de W. Stekel [1911d, pág. 532], a un «punto ciego» en su percepción analítica.

* {«Yo curé sus heridas, Dios lo sanó»}

⁶ [En dicho se atribuye al cirujano francés Ambroise Paré (circa 1517-1590).]

3

25-86

Hace años me preguntaron cómo podría uno hacerse analista, y respondí: «Mediante el análisis de sus propios sueños». Por cierto que esta precondición basta para muchas personas, mas no para todas las que querían aprender el análisis. Y, por lo demás, no todos consiguen interpretar sus propios sueños sin ayuda ajena. Incluyo entre los muchos, méritos de la escuela analítica de Zurich haber reforzado esta condición, concretándola en la exigencia de que todo el que pretenda llevar a cabo análisis en otros deba someterse antes a un análisis con un experto. Si alguien se propone seriamente la tarea, debería escoger este camino, que promete más de una ventaja; el sacrificio de franquearse con una persona ajena sin estar compelido a ello por la enfermedad es ricamente recompensado. No sólo realizará uno en menos tiempo y con menor gasto afectivo su propósito de tomar noticia de lo escondido en la persona propia, sino que obtendrá, vivenciándolas uno mismo, impresiones y condiciones que en vano buscaría en el estudio de libros y la audición de conferencias. Por último, no ha de tenerse en poco la ganancia que resulta del vínculo anímico duradero que suele establecerse entre el analizado y la persona que lo guía.⁷

Parece natural que un análisis como este, de alguien prácticamente sano, no termine nunca. Quien sepa apreciar el elevado valor del conocimiento de sí adquirido con tal análisis, así como del mayor autogobierno que confiere, proseguirá después como autoanálisis la exploración analítica de la persona propia y tendrá la modestia de esperar siempre nuevos hallazgos tanto dentro como fuera de él mismo. Y quien como analista haya desdenado la precaución del análisis propio, no sólo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de cierto límite, sino que también correrá un riesgo más serio, que puede llegar a convertirse en un peligro para otros. Con facilidad caerá en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que en una sorda percepción de sí mismo discierna sobre las propiedades de su persona propia; arro-

⁷ [Se refiere a la tercera de sus conferencias en la Clark University (1910a), AE, 11, pág. 29. Algunas consideraciones en torno de sus cambiantes puntos de vista sobre este tema se encontrarán en una nota mía de «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914d), AE, 14, págs. 19-20.]

⁸ [Una opinión menos optimista se exterioriza, no obstante, en la sección II de «Análisis terminable e interminable» (1937c). Este escrito, uno de los últimos de Freud, aborda en muchos otros lugares (en especial, en su sección VII) el tema examinado en este párrafo y el siguiente.]

jará el descrédito sobre el método psicoanalítico e inducirá a error a los inexpertos.

g. Agregó algunas otras reglas que implican dar el paso desde la actitud del médico hacia el tratamiento del analizado.

Es por cierto tentador para el psicoanalista joven y entusiasta poner en juego mucho de su propia individualidad para arrebatar al paciente y hacerlo elevarse sobre los límites de su personalidad estrecha. Uno creería de todo punto admisible, y hasta adecuado para superar las resistencias subsistentes en el enfermo, que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos, le posibilite ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza. Una confianza vale la otra, y quien pida intimidad de otro tiene que testimoniarle la suya.

No obstante, en el trato psicoanalítico muchas cosas discurren diversamente de lo que harían esperar las premisas de la psicología de la conciencia. La experiencia no confirma la bondad de esa técnica afectiva. Tampoco es difícil inteligir que con ella uno abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión. Así se consigue que el paciente comunique antes y con más facilidad lo que a él mismo le es notorio pero habría retenido aún un tiempo por resistencias convencionales. Sin embargo, esa técnica no ayuda en nada a descubrir lo inconciente para el enfermo; lo inhabilita aún más para superar resistencias más profundas, y en casos graves por regla general fracasa ante la avidez despertada del enfermo, a quien le gustaría invertir la relación pues encuentra el análisis del médico más interesante que el suyo propio. También la solución de la transferencia, una de las principales tareas de la cura, es dificultada por la actitud íntima del médico, de suerte que la ganancia que producirá obtener al comienzo es más que compensada en definitiva. Por eso, no vacilo en desestimar por errónea esta variedad de la técnica. El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. Por lo demás, en la práctica es inobjetable que un psicoterapeuta contamine un tramo de análisis con una porción de influjo sugestivo a fin de alcanzar resultados visibles en tiempo más breve, tal como es necesario, por ejemplo, en los asilos; pero corresponde exigirle que tenga bien en claro lo que emprende, y que sepa que su método no es el psicoanálisis correcto.

b. Otra tentación surge de la actividad pedagógica que al médico le cabe en el tratamiento psicoanalítico, sin que

sea su particular propósito. A raíz de la solución de inhibiciones del desarrollo, bien se comprende que el médico quede habilitado para indicar nuevas metas a las aspiraciones liberadas. No respondería así sino a una típica ambición, que se empeñaría en crear algo particularmente excelso con la persona a quien tanto trabajo ha consagrado para liberarla de su neurosis, y en prescribir elevadas metas a sus deseos. Pero también en esto el médico debería contentarse y tomar como rasero menos sus propios deseos que la aptitud del analizado. No todos los neuróticos poseen un gran talento para la sublimación; de muchos se puede suponer que en modo alguno habrían enfermado si poseyera el arte de sublimar sus pulsiones. Esforzándolos desmedidamente a la sublimación y segregándolos de las satisfacciones pulsionales más inmediatas y cómodas, la mayoría de las veces se les tornerà la vida más dificultosa todavía que antes. Como médico, es preciso ser sobre todo tolerante con las debilidades del enfermo, darse por contento si, aun no siendo él del todo valioso, ha recuperado un poco de la capacidad de producir y de gozar. La ambición pedagógica es tan inadecuada como la terapéutica. Además, considérese que muchas personas han enfermado justamente a raíz del intento de sublimar sus pulsiones rebasando la medida que su organización les consentía, y que el proceso de sublimación, en quien es apto para él, suele consumarse por sí solo tan pronto como sus inhibiciones son superadas por el análisis. Opino, pues, que empeñar regularmente el tratamiento analítico en la sublimación de las pulsiones es algo muy loable, pero en modo alguno se lo puede recomendar para todos los casos.

i. ¿Dentro de qué límites se debe reclamar la colaboración intelectual del analizado en el tratamiento? Es difícil enumerar algo de validez universal sobre este punto: lo decide en primer término la personalidad del paciente. Pero siempre hay que mantener aquí la precaución y la reserva. Es incorrecto dictar al analizado unos deberes: recopilar sus recuerdos, reflexionar sobre cierta época de su vida, etc. Es que él tiene que aprender sobre todo —lo cual no es fácil de aceptar para nadie— que ni en virtud de una actividad mental como la reflexión, ni de un esfuerzo de atención y de voluntad, se resolverán los enigmas de la neurosis, sino sólo por la paciente obediencia a la regla psicoanalítica que ordena desconectar la crítica a lo inconsciente y sus retoños. Uno debería mostrarse particularmente inflexible sobre la obediencia a esta regla en el caso de los enfermos que practican el arte de escaparse a lo intelectual en el tratamiento, y en-

tonces reflexionan mucho sobre su estado, a menudo con gran sabiduría, ahorrándose así el hacer algo para llegar a dominarlo. Por eso no me inclino a recurrir con mis pacientes a la lectura de escritos psicoanalíticos; les demando que lo aprendan en su persona propia y les aseguro que de esa manera averiguarán más cosas, y de mayor valor, que las que pudiera decirles toda la bibliografía psicoanalítica. Bien comprendo, desde luego, que bajo las condiciones de la internación en un asilo pueda resultar muy ventajoso servirse de la lectura para preparar al analizado y producir una atmósfera favorable al influjo terapéutico.

Quisiera advertir con la mayor insistencia que no debe buscarse la aquiescencia o el apoyo de padres o parientes dándoles a leer alguna obra de nuestra bibliografía, ya sea introductoria o más profunda. Lo que consigue las más de las veces este paso bienintencionado es que estalle de manera prematura la natural y, en algún momento, inevitable hostilidad de los parientes al tratamiento psicoanalítico de uno de los suyos, de suerte que aquel ni siquiera podrá iniciarse.

Manifiesto la esperanza de que la progresiva experiencia de los psicoanalistas los lleve a un acuerdo sobre los problemas de la técnica: sobre la manera más acorde al fin de tratar a los neuróticos. Por lo que atañe al tratamiento de los «parientes», confieso mi total perplejidad y confío poquísimo en su tratamiento individual.

